

VOLUMEN XV

JULIO - SEPTIEMBRE

No. 45

Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría

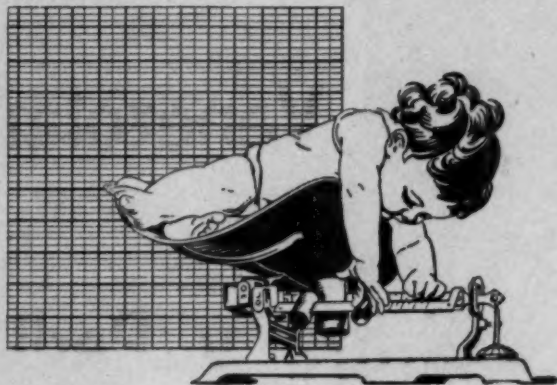
Organo de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría
y del Instituto de Investigación Pediátrica



Director: Dr. PASTOR OROPEZA

Tip. VENEGRAT

1952



PELARGÓN es una leche acidificada en polvo (tipo Marriott) y enriquecida en glúcidos.

Es de perfecta digestibilidad debido a la disminución del "poder amortiguador" de la leche de vaca como consecuencia de la acidificación.

Alimento normal del lactante sano desde su nacimiento. Excelente alimento para los prematuros, por su gran valor calórico y perfecta digestibilidad.

Para niños enfermos que toleren bien las grasas, como alimento dietético. En los convalecientes de trastornos gastrointestinales, constituye la continuación del tratamiento con el bibeurre "Eledón."

PELARGÓN



Glaxo Cría Niños Sanos y Robustos



La Leche Glaxo desempeña un papel importante en la alimentación infantil por su contenido en Hierro y Vitamina D.

La Leche Glaxo es fácilmente digerible debido a un método particular empleado en su elaboración.

Especialmente preparada para los niños de climas tropicales.

Muestras y literaturas a disposición de los señores Médicos.

Distribuidores:

Liveca, Productos Farmacéuticos C. A.
Teléfono 51.930 y 57.410.
Apartado Postal 3618.
Caracas - Venezuela.



454 gramos

Glaxo-Laboratories Ltd.
Greenford, Middx.,
Inglaterra

Vacunas de BIOGEN

**NEOBIOGEN,
ANTIPIOGENA,
OMNIBIOGEN.**

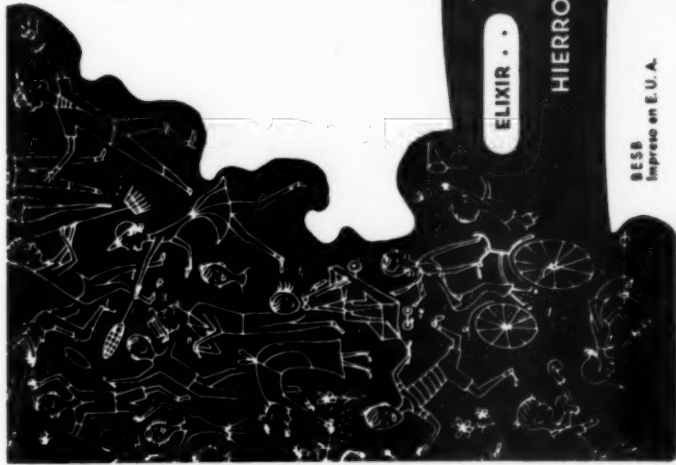
25 años de experiencia en su elaboración.

En su preparación se utilizan cultivos de gérmenes
venezolanos y extranjeros de varias razas.

Son complemento eficaz en la medicación antibiótica.

LABORATORIOS BIOGEN

Apartado 714 - CARACAS



Actividad **B¹²** - - por vía bucal en
un hematopoyético ferruginoso!

- Actividad B₁₂ estimula la hematopoyesis . . . abre el apetito . . . contribuye al desarrollo de los niños.
- Hierro (gluconato ferroso) en abundancia . . . cada 30 cc. de elixir proporciona 230 mg. de hierro elemental para asegurar un resultado hematínico positivo.
- Complejo vitamínico B en cantidad superior a la que se requiere diariamente.
- De sabor agradable.

ELIXIR . .

BETA-CONCEMIN

HIERRO-COMPLEJO VITAMINICO B CON ACTIVIDAD B₁₂

Fascos de 120 cc.

9159
Impreso en E. U. A.

Merrell
Fundada 1828

Cincinnati, E. U. A.

Representantes para Venezuela:

PEDRO PENZINI S. A.

Teléfono 50.181

Apartado Postal 1106

Desde 1897 los Laboratorios

CUTTER

elaboran productos
de calidad.

Dos ejemplos actuales de ellos son:

DIP - PERT - TET

purificado.

(difteria-pertussis-tetano, combinados)

Fco. amp. 1,5 c.c. 1 inmunización.

Fco. amp. 7,5 c.c. 5 inmunizaciones.

Y

GLOBULINA DE SUERO INMUNE

humano.

Fco. amp. 1 c.c.

Fco. amp. 2 c.c.

Representantes exclusivos para Venezuela:

PALENZONA y Cía. C. A.

CARACAS

"BEFORTE"

COMPUESTO DE VITAMINA B

con vitaminas C y D en una tableta revestida



Las experiencias clínicas en el tratamiento de muchos estados han demostrado el valor de una terapia coadyuvante con factores del complejo de Vitamina B. Se ha observado que una gran cantidad de pacientes demuestran también deficiencias de Vitaminas C y D.

Beforte suministra en un solo preparado los factores del Complejo B conjuntamente con Vitaminas C y D. Está recomendado para corregir el desequilibrio nutritivo causado por una prolongada insuficiencia dietética o enfermedad aguda. Si se prescribe durante un período pre o post operatorio o durante el período agudo o de recuperación de una enfermedad, Beforte puede ser un factor muy importante para acelerar el restablecimiento.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten.



Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

BAUTE Y VAN DEN BUSSCHE, S. A.
Apartado Postal N° 1443
Caracas, D. F.

JARABE DE HETRAZAN

nuevo producto LEDERLE contra la ASCARIDIOSIS



Características:

- 1º No es necesario el uso de purgantes.
- 2º El paciente no necesita estar en ayunas.
- 3º Tiene un agradable sabor a cerezas.
- 4º Es altamente efectivo.
- 5º No irrita la mucosa bucal y gástrica.
- 6º No es tóxico.
- 7º Los parásitos se expulsan intactos, casi muertos, habiendo perdido virtualmente su vitalidad.



*Otro gran producto LEDERLE que revoluciona la
terapéutica de la*

ASCARIDIOSIS



Representantes para Venezuela:
LABORATORIOS BIOGEN, C. A.
Apartado 714 - CARACAS



El único alimento perfecto y completo para la alimentación de niños:

Baby O.K. Acid No. 1 para bebés desde el nacimiento hasta la edad de 5 o 6 meses.

Baby O.K. Normal para bebés de más de 5 o 6 meses.

Ambos están ya cocidos. Son alimentos sabrosos, muy digeribles, fácilmente a preparar y le ahorran tiempo!

**EL ALIMENTO
COMPLETO PARA
NIÑOS**

Baby O.K.

**NO AÑADA SINO
AGUA PARA QUE
SEA COMPLETO**

DISTRIBUIDOR:

ANDRES PEREZ Y PEREZ

2a. CALLE URBANIZACION LAS FUENTES QUINTA "MAYA" EL PARAISO
CARACAS - VENEZUELA

Una Base Firme para un Futuro Consistente

Los primeros meses de la infancia son de primordial importancia en la fundación de una base saludable para la vida floreciente del niño. Es durante este período cuando se requieren cantidades mayores de proteína para formar nuevos tejidos. Y es durante este tiempo que los bebés necesitan un alimento que les provea, a más de la proteína adecuada, otros elementos imprescindibles para un crecimiento sano. La alimentación con DRYCO (carbohidrato añadido) se aproxima grandemente a la con la leche humana, debido a su nutrición balanceada y fácil digestibilidad.

La fórmula DRYCO, además de su alto contenido de proteína, ofrece un bajo contenido de grasa. DRYCO, con carbohidrato agregado, provee las calorías que se requieren normalmente, disminuyendo al mismo tiempo la posibilidad de trastornos digestivos.

Las ventajas adicionales de DRYCO son su contenido adecuado de vitaminas y minerales, carbohidrato moderado para proporcionar flexibilidad de la fórmula, uniformidad rígida y seguridad bacteriológica, así como también la fácil preparación de su fórmula.



FORTIFICADO
CON VITAMINAS

DRYCO

Informes profesionales detallados, junto con tablas de alimentación, pueden obtenerse escribiendo a:

THE BORDEN COMPANY

350 Madison Avenue, Nueva York 17, N. Y., E. U. A.

ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA

Vol. XV

Julio-Septiembre

Nº 45

Director: Dr. Pastor Oropeza

Secretarios de Redacción:

Dr. L. Potenza

Dr. G. Tovar-Escobar

Consejo de Redacción:

Dr. Julio Marzi D'Alta

Dr. L. Potenza

Dra. Lya Imber de Coronil

Dr. Guillermo Degwitz

Dr. Ernesto R. Figueroa

Dr. G. Tovar-Escobar

Dr. Ernesto Vizcarrondo

Dr. Miguel Raga

Dr. Gustavo Machado

Administrador:

Dr. Ernesto R. Figueroa

Dirección y Administración:

*Archivos Venezolanos de Pueri-
cultura y Pediatría. — Apartado
Postal 3122—Caracas, Venezuela*

INFORMACION PARA LOS SUSCRIPTORES

Los Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría son publicados por la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría y el Instituto de Investigación Pediátrica cada tres meses (Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre). Cada número contiene cerca de 100 páginas. Cada año se publica un volumen.

La correspondencia debe dirigirse a: ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA Apartado Postal 3122, Caracas, Venezuela.

Suscripción anual Bs. 12.00 (U. S. \$ 4.00).

Número suelto Bs. 3 (U. S. \$ 1.00).

Los cambios de dirección deben ser notificados inmediatamente.

SUMARIO

	Pág.
<hr/>	
EDITORIAL	
La Asociación Venezolana para el Avance de la Ciencia ..	253
<hr/>	
TRABAJOS ORIGINALES	
BURGOS COURLAENDER, C., Meningitis en niños	255
HARTZ, Ph. H., Hemangiomas de la piel y de los órganos internos en un recién nacido	265
MAYZ LYON, J. J., SUCRE, A., GAVALLER, B. de, Goma sifi- lítica en un recién nacido	271
MIRANDA RUIZ, F., Problemas psicosomáticos en la práctica pediátrica	281
<hr/>	
PEDIATRIA SOCIAL	
ROUDINESCO, J., DAVID, M., ¿Se puede atenuar en los niños los efectos nocivos de la separación del hogar al colocarlos en una institución?	291
Crónicas y Notas	306
Libros	308
Revista de Revistas	315

INFORMACION PARA LOS ANUNCIANTES

La correspondencia relacionada con los anuncios debe ser dirigida a: Administración Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, Apartado Postal 3122, Caracas, Venezuela. Tarifas de precios serán suministradas a los interesados. El director se reserva el derecho de rechazar anuncios.

Para nueva variedad de sabores...

para mayor aplicación clínica

La familia PABLUM incluye ahora 4 cereales precocidos para niños



Los médicos pueden ahora prescribir *cuatro* cereales precocidos PABLUM para niños.

El Páblum original, el primer cereal enriquecido y precocido de fama mundial se denomina ahora Páblum Cereal Compuesto. La Pabena se denomina ahora Páblum Avena. Además, hay dos nuevos cereales Páblum — PABLUM ARROZ Y PABLUM CEBADA.

Un nuevo procedimiento de elaboración permite conservar el rico sabor original de todos los cereales Páblum.

Los nuevos envases, creados para ofrecer máxima protección, conservan los cereales Páblum frescos y sabrosos.

Los cereales Páblum son los

únicos que vienen en un envase provisto de vertedor que se abre y cierra fácilmente con el dedo.

Los cereales Páblum Avena, Páblum Arroz y Páblum Cebada ofrecen variedad de sabores, y son aplicables cuando el médico prefiere un solo cereal.

En casos de alergia a ciertos cereales, el Páblum Arroz resulta particularmente útil, no sólo para lactantes, sino también para niños y adultos.

Los cereales Páblum están respaldados por la experiencia y reputación de la casa Mead Johnson, precursora de la investigación dietética por casi medio siglo.



MEAD JOHNSON & CO.
EVANSVILLE 21, IND., U.S.A.

OFICINA DE PROPAGANDA EN CARACAS

Corazón de Jesús a Perico

Edif. Bretaña - Apto. 8

Telf. 50.810 - Ando. 2894

Nuevo antibiótico cristalino de amplio alcance y bien tolerado.

Su *amplio alcance* de actividad da a la "Iloticina" (Eritromicina, Lilly) aplicación versátil en muchas infecciones comunes.

La "Iloticina" ha sido bien tolerada en los ensayos clínicos. Hasta ahora no se han presentado indicaciones de toxicidad. La molécula no contiene grupo nitrobenzol.

En personas alérgicas a la penicilina que tienen infecciones susceptibles a la acción de este antibiótico, la "Iloticina" está resultando ser el antibiótico más poderoso para administración sistémica general.

Cuando otros antibióticos tropiezan con microorganismos resistentes, especialmente en casos de estafilococias, la "Iloticina" es especialmente útil. La "Iloticina" no destruye los colibacilos, lo cual puede resultar en una incidencia más baja de reacciones secundarias gastrointestinales que la que se experimenta con otros antibióticos.

La "Iloticina" es eficaz por vía bucal.

Se ha informado de resultados clínicos excelentes en casos de neumonía neumocócica, bacteriemia estafilocócica, pioderma, amigdalitis folicular, faringitis aguda inespecífica, erisipela grave, angina, abscesos peritonsilares, faringitis viral y celulitis.

REFERENCIAS

1. Heilman, F. R., Herrell, W. E., Wellman, W. E., and Geraci, J. E.: Some Laboratory and Clinical Observations on a New Antibiotic, Erythromycin ("Ilotycin"), Proc. Staff Meet., Mayo Clin., 27: 285 (julio 16), 1952.
2. Haight, T. H., and Finland, M.: Laboratory and Clinical Studies on Erythromycin, New England J. Med., 247: agosto 14, 1952 (en prensa).
3. Smith, J. W.: Experience with a New Antibiotic, "Ilotycin" (Erythromycin, Lilly), pendiente de publicación.



Lilly

THE ORIGINATOR OF ERYTHROMYCIN

la Casa originadora de la Eritromicina.

Eli Lilly Pan-American Corporation

Indianapolis 6, Indiana E.U.A.

ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA

Vol. XV

Julio-Septiembre

Nº 45

EDITORIAL

LA ASOCIACION VENEZOLANA PARA EL AVANCE DE LA CIENCIA

Con la celebración de su Tercera Convención Anual, la Asociación Venezolana para el Avance de la Ciencia ha cumplido una nueva etapa en su desarrollo que la coloca a la vanguardia del frente que lucha por lograr para Venezuela un lugar entre las naciones civilizadas.

Fundada el 20 de marzo de 1950 por un pequeño grupo de hombres dedicados a la docencia y a la investigación y preocupados por lograr el progreso científico y técnico del país, la Asociación ha logrado en tan corto tiempo despertar el interés y simpatía de la colectividad en general, reflejada en múltiples manifestaciones de aliento y en el considerable espacio que a sus labores le ha dedicado la prensa diaria.

A las filas de la Asociación se han sumado un número considerable de estudiosos pertenecientes a las más variadas disciplinas, quienes han contribuido con sus trabajos al rotundo éxito alcanzado por las tres Convenciones Anuales hasta ahora realizadas.

Desde su fundación, la Asociación ha patrocinado numerosas conferencias y películas científicas. La A. V. A. C. viene publicando regularmente "Acta Científica Venezolana", revista bimestral que ha tenido gran acogida por parte de los científicos y profesionales venezolanos y causado muy buena impresión en los numerosos países en los cuales se distribuye. Además de su impecable presentación y del valioso material original que contiene, el "Acta Científica Venezolana" ha aparecido desde su fundación con estricta regularidad, virtud ésta grandemente apreciada en los medios bibliográficos internacionales y desgraciadamente muy difícil de lograr entre nosotros. Recientemente la Comisión Organizadora de la Seccional de Medicina de la A. V. A. C., en colaboración con el Colegio de Médicos del Distrito Federal, ha iniciado la publicación de una revista médica general, "Acta Médica Venezolana", que llevará a todos los integrantes de la profesión médica y afines los últimos conocimientos médicos, y que presenta, además, en su

EDITORIAL

Sección de Especialidades reproducciones completas de los mejores trabajos médicos venezolanos con la debida autorización de las publicaciones originales.

La Tercera Convención Anual de la A. V. A. C. se vió realizada por dos eventos importantes: la celebración de las primeras Jornadas Venezolanas de Anatomía Patológica y las Primeras Jornadas Venezolanas de Gastroenterología, Endocrinología y Nutrición.

La concurrencia de la casi totalidad de los Anatomopatólogos del País a esta reunión ha tenido como consecuencia feliz la organización de la Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica, hecho sobre cuya importancia huelga recalcar.

Por el éxito de las labores de la A. V. A. C. es responsable en gran medida la Junta Directiva que hasta ahora ha dirigido los destinos de la organización y en especial a su fundador y Presidente Honorario, el lamentado Maestro Vicente Peña y a Francisco De Venenanzi, Secretario ejecutivo y factotum.

La Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría y el Instituto de Investigación Pediátrica se sienten orgullosos de haber tomado parte activa en las Tres Convenciones Anuales de la A. V. A. C. con la presentación de trabajos de índole pediátrica.

Los Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría ofrecen sus mejores votos por el continuado éxito de la A. V. A. C. en pro del adelanto científico de nuestro País.

TRABAJOS ORIGINALES

MENINGITIS EN NIÑOS (*)

C. BURGOS COURLAENDER (Maracay) (**)

El presente escrito tiene por objeto presentar los resultados del análisis de 8 casos de meningitis aguda en niños, atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital Civil de Maracay, en un lapso de 13 meses (mayo 30, 1950 a junio 30, 1951).

Hemos creído interesante hacer esta comunicación, por ser el primer relato de casos de meningitis, en niños en esta zona.

En 1935, Del Corral (1), publicó sus observaciones acerca de la bacteriología de la meningitis cerebroespinal, observada en Maracay, en forma epidémica entre las tropas de la guarnición de esa ciudad.

Material y métodos.

El material de estudio lo forman 8 niños de edades comprendidas entre 8 meses y 3 años. El grupo incluye 4 varones y 4 hembras.

De los 8 casos, 5 provenían de la ciudad de Maracay, 3 de las cercanas poblaciones de Santa Cruz, Cagua y Turmero, Estado Aragua.

De los 5 casos de Maracay, 3 pertenecían a familias que gozaban de los beneficios del Seguro Social Obligatorio.

Todos los casos fueron estudiados desde los puntos de vista clínico y bacteriológico.

Resultados.

Los resultados aparecen resumidos en los cuadros I, II, III y IV. Los datos clínicos aparecen resumidos en el cuadro I. El

(*) Trabajo Reglamentario de Incorporación a la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría.

(**) Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Civil de Maracay, Estado Aragua.

CUADRO I
CASUISTICA

Caso No	Procedencia	Edad	Sexo	Raza	Tiempo de enfermedad antes del ingreso en días	Diagnóstico de salida	Motivo del alta	Duración total de la enfermedad en días	Permanencia en el Hospital en días	Fecha de aparición del sintoma convulsión
1	Sta. Cruz	9 m.	M.	B.	—	Mening. TBC?	Muerte	7	47	4- 6-50
2	Maracay	9 m.	F.	—	30	Mening. TBC?	Voluntad	—	8	12- 8-50
3	Maracay	14 m.	F.	B.	15	Meningitis	Muerte	16	1	15-12-50
4	Maracay	7 m.	M.	B.	10	H. influenzae purulenta	Curación	39	29	9- 1-51
5	Cagua	22 m.	M.		5	Meningitis H. influenzae	Curación	37	32	26- 1-51
6	Maracay	3 a.	F.	M.	8	Meningitis H. influenzae	Muerte	29	21	9- 3-51
7	Turnero	4 m.	F.	B.	4	Meningitis purulenta	Curación	34	30	Evolucionó sin conv.
8	Maracay	18 m.	M.	M.	15	Meningitis purulenta	Muerte	20	5	12- 6-51

CUADRO II

Caso N°	Procedimientos terapéuticos especiales	TRATAMIENTO ESPECÍFICO		
		Sulfadiazina grs.	Penicilina U.	Estreptomicina Aureomicina grs.
1	.....	70,5	11.200.000	24
2	50.000 U. Penicilina intrarraquidea, 1 sola dosis.	16	2.700.000	9
3	.....	1,5	300.000	1
4	1 gr. Estreptomicina intrarraquidea, 1 sola dosis	—	3.300.000	9 4
5	0,5 de Estreptomicina intrarraquidea, 1 sola dosis.	25,2	900.000	6,25 —
6	.....	30,75	300.000	9,5 3
7	.....	18	3.900.000	6,5 —
8	.....	7,5	1.500.000	2,5 —

CUADRO III

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Caso Nº	HEMATOLOGIA	Sangre Khan	Orinas	Heces	Rayos X	Intradermo de Mantoux	Hemato- crito %
1	G. rojos: 3.120.000. G. blan- cos: 11.200. Fórmula: Eosino- fílos: 2. Segment.: 75. Lin- focitos: 22. Monocitos: 1.	28-6-50 Negativo	28-6-50 Normales	27-6-50 Lamblias	5-6-50 Radiografía: Cam- pos pulmonares cla- ros.	19-6-50 fueron negativos	—
2	G. rojos: 2.940.000. G. blan- cos: 18.100. Hemog.: 55%. Fórmula: Segment.: 32. Lin- focitos: 15. Monocitos: 3.	—	31-8-51 Normales	28-8-50 Negativo	—	—	—
3	—	—	—	—	—	—	—
4	G. rojos: 2.600.000. G. blan- cos: 12.400. Hemog.: 50%. Fórmula: Eos.: 3. Mielocitos: 3. Segment.: 67. Linf.: 21. Monocitos: 4. Metamieloci- tos: 2.	19-1-51 Negativo	—	25-1-51 Negativo	16-1-51 Campos pulmonares claros.	—	29
5	G. rojos: 2.990.000. G. blan- cos: 14.400. Hemog.: 50%. 8 grs. Fórmula: Basóf.: 2. Mieloc.: 5. Melamiel.: 3. Segm.: 68. Linf.: 17. Mono- citos: 3.	—	25-1-51 Albúm. Gluc.: tra- zas Urob.: trazas. Pig. bilíares: positivo.	—	31-1-51 Campos pulmonares claros.	Negativos	—
6	G. rojos: 2.060.000. G. blan- cos: 9.500. Hemog.: 50%. 8 grs. Fórmula: Ba.of.: 1. Eosino- fílos: 4. Segment.: 72. Lin- focitos: 20. Monocitos: 3.	—	20-3-51 Glucosa-Pig. bi- liares-Urobilina: positivos	—	—	—	41
7	G. rojos: 2.880.000. G. blan- cos: 9.250. Hemog.: 59%. 8 1/2 grs. Fórmula: Eosin.: 2. Segm.: 33. Linf.: 31. Mono- citos: 8.	14-6-51 Negativo	25-5-51 Glucosa-Pig. bi- liares y Urob.: negativos	21-5-51 Negativo 23-5-51 Negativo	14-6-51 Campos pulmonares claros.	—	27
8	—	—	27-6-51 Albúm. y Cili- ndros bilíales: positivos	—	—	—	—

CUADRO IV

EXAMENES DEL LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Caso Nº	Células por mm.3	Fórmula celular	Ex. bacteriológico directo.	Ex. bacteriológico cultivo.	Glucosa mgs. %	Globulinas.	Albúmina mgs. %	Cloruros mgs. %
1	—	—	—	—	—	—	—	—
2	57	Segm.: 99 %	Negativo	—	47	Positivas	—	—
3	906	Segm.: 13 Linf.: 87	Bac. Gram negativos	H. influenzae	0	Positivas	75	420
4	Pus puro	—	—	—	0	Positivas	—	—
4	50	Segm.: 10 Linf.: 90	Negativo	Negativo	70	Positivas	100	730
4	12	Segm.: 2 Linf.: 98	Negativo	Negativo	60	Trazas	38	720
5	—	Segm.: 81 Linf.: 19	Bac. Gram negativos	H. influenzae	0	Positivas	150	—
5	17	Segm.: 9 Linf.: 91	Negativo	Negativo	75	Lig. Positivas	60	740
5	—	—	—	Negativo	—	—	—	—
5	—	—	Negativo	—	75	Lig. Positivas	—	730
6	260	Segm.: 4 Linf.: 96	Bac. Gram negativos	H. influenzae	0	Fuer. Positivas	56	680
6	—	Segm.: 2 Linf.: 98	Negativo	—	0	Pos-fuerte	—	—
7	277	Segm.: 15 Linf.: 85	Negativo	—	—	Positivas	70	—
7	36	Segm.: 95 Linf.: 5	—	—	—	Negativas	—	—
8	Fué imposi- ble debido a su gran nú- mero.	—	Negativo	—	0	Pos-fuerte	—	—

número de días de evolución de la enfermedad, antes del ingreso del paciente al Hospital, fué muy variable. El mínimo fué de 4 días y el máximo de 30. Se observó una relación entre el tiempo transcurrido antes del ingreso y el pronóstico. En los tres casos curados, el tratamiento se inició relativamente temprano (4, 5 y 10 días). La mitad de los casos terminaron con la muerte. Tres curaron y uno salió del Hospital por deseo de los padres, en contra de la opinión médica.

Al considerar esta elevada mortalidad hay que tener en cuenta que 7 de los 8 casos ocurrieron en niños menores de 2 años y que la mayoría ingresó al Hospital muchos días después de la iniciación del proceso. Esta mortalidad es más baja, sin embargo, que la relatada por Figueroa (2) en el Hospital de Niños de Caracas, que fué de 90%. Esto fué antes de que se introdujeran los sulfamidados y los antibióticos.

Todos los enfermos, menos uno, presentaron convulsiones durante la evolución del proceso. Este síntoma fué de aparición precoz en los casos que terminaron con la muerte. Sólo en uno apareció tardíamente. En los casos que curaron, las convulsiones aparecieron después de varios días del ingreso, en el curso del tratamiento.

En 3 casos se encontró otitis, 2 congestivas y una supurada, apreciándose dos de ellas al ingreso y la otra cinco días después. En los mismos tres casos se notó también franca congestión faríngea. En 5 casos estuvo presente en algún momento diarrea y en 6 vómitos, solamente en 1 estreñimiento. Figueroa (3) anota: el vómito se observa en el 75% de los casos, lo mismo que la constipación; puede haber diarrea, pero en las fases finales.

Tratamiento.

El tratamiento usado aparece resumido en el cuadro II.

Quimioterapia: Sulfadiazina, a la dosis de 0,25 gramos por kilo y por día, repartida en 6 dosis parciales, una cada 4 horas. Fué administrada a 7 de los 8 pacientes. Por vía oral.

Penicilina: Cristalizada simple o con procaína, utilizada en todos los pacientes, vía intramuscular, generalmente a la dosis de 300.000 (trescientas mil) unidades por día. Al caso 2, una sola dosis intratecal de 50.000 unidades.

MENINGITIS EN NIÑOS

Estreptomicina: A los 8 casos, vía intramuscular, a la dosis de 0,25 gramos dos veces al día. A los casos 4 y 5, vía intratecal, dosis única de 5 y 0,5 gramos respectivamente.

Aureomicina: A los casos 4 y 6, vía oral, a la dosis de 100 miligramos por kilo y por día, repartida en 6 dosis, cada 4 horas.

En la mayoría, el tratamiento fué hasta la curación, demostrada por examen del líquido cefalo-raquídeo en los casos curados y hasta el momento de la defunción en los demás casos.

La Escuela Pediátrica Uruguaya, en trabajos del Profesor Bonaba y Portillo (4), aconsejan el uso sistemático, salvo excepciones, de la vía extrameningea en el tratamiento de las meningitis purulentas. Apoyan su indicación en los siguientes puntos:

- 1) Demostración del pasaje de penicilina y estreptomicina al líquido cefalo-raquídeo, aunque no hayan sido administradas por vía intratecal.

- 2) Inconvenientes derivados de la administración de drogas en los espacios sub-aracnoideos.

- 3) Desventajas de la repetida extracción de líquido cefalo-raquídeo.

- 4) Posibilidad de curar las meningitis supuradas por vía extrameningea.

Indican el uso simultáneo de penicilina-estreptomicina-sulfadiazina a las dosis siguientes: penicilina, 50.000 unidades por kilo de peso y por día; estreptomicina, 50 miligramos por kilo de peso y por día; sulfadiazina, 0,5 gramos por kilo de peso y por día.

Las modificaciones posteriores se refieren a aumentar el antibiótico de elección para el germen causal. Aumentar las dosis iniciales en caso de ausencia de mejoría clínica después de 48 horas de iniciado el tratamiento. Bonaba y Portillo (loc. cit.) transcriben fragmento de un trabajo de Bustinza (5) que nosotros creemos oportuno repetir: "La facilidad con que las bacterias adquieren resistencia a la estreptomicina, es un serio obstáculo para el empleo eficaz de este antibiótico." Pero, por otra parte, tengamos presente que, estirpes resistentes a la estreptomicina, pueden ser sensibles a la penicilina o al tratamiento combinado estreptomicina-penicilina, o estreptomicina-sulfadiazina, o estreptomicina-penicilina-sulfadiazina. A veces,

son necesarias pequeñas cantidades de estos medicamentos, para lograr vencer la resistencia de las estirpes insensibles a uno de ellos. Es de esperar que, cuando se estudien clínicamente los efectos de los medicamentos asociados, se llegarán a fijar pautas concretas para el uso, en determinados casos de resistencia de gérmenes, de dos o más de estos medicamentos. Muy posiblemente, se conseguirán vencer infecciones, con dosis pequeñas de los medicamentos sinérgicos, los cuales actuarán interfiriendo simultáneamente diversas vías metabólicas esenciales para el crecimiento y proliferación de la bacteria considerada.

No es sólo la acción sinérgica la que justifica el empleo ulterior de las tres drogas, sino también el hecho de que hay cepas de ciertos gérmenes que no son sensibles a la acción del antibiótico de elección, como lo hemos demostrado nosotros para el "*Hemophilus influenzae*".

Estudios bacteriológicos (Cuadro IV).

Por el estudio bacteriológico del líquido cefalo-raquídeo se obtuvieron los siguientes resultados: *Hemophilus influenzae*, 3 casos; no se encontraron gérmenes: 4 casos.

Es posible que el alto porcentaje de exámenes bacteriológicos negativos, sea la consecuencia del uso generalizado y prolongado de antibióticos antes del ingreso.

Hay que observar también que el examen bacteriológico directo dió el mismo número de positivos que el examen por "cultivo". Barnola y Tovar (6), en 91 casos de meningitis a *Hemophilus influenzae*, en 88 el diagnóstico fué hecho por examen directo y 3 por cultivo a las 24 horas; en 66 casos de meningitis tuberculosa, sólo 4 fueron diagnosticados por examen directo y 62 por cultivo.

Es interesante hacer notar que los apuntados son los primeros casos de meningitis a *Hemophilus influenzae*, bacteriológicamente diagnosticados en Maracay.

Barnola y Tovar (loc. cit.) traen una información que demuestra el predominio creciente del *Hemophilus influenzae* como causa de meningitis en los últimos años, así, en el Children Hospital de Boston en un período de 16 años, hasta 1933, de 926 casos, 129 correspondieron a *Hemophilus influenzae*, ocupando el tercer lugar entre los agentes causales. De 1933 a

MENINGITIS EN NIÑOS

1936 en el mismo Hospital, de 221 casos, 51 casos fueron a *Hemophilus influenzae*, ocupando el primer lugar. En el Hospital de Niños de la Universidad de Yale, de 1927 a 1939 se observaron 2 casos por año. En Gotemburgo, Suecia, ningún caso de 1925 a 1934; de 1934 a 1938 se registraron 7 casos y en 1940, 7 casos más. En el Instituto "Dr. Luis Morquio", de Montevideo, se anota el mismo fenómeno del aumento del *Hemophilus influenzae* como causa de meningitis. En lo que a Venezuela se refiere, en el Hospital "J. M. de los Ríos", pudimos obtener los siguientes datos: de 1937 a agosto de 1940, Figueroa (loc. cit.), de 51 casos de meningitis, no aparece el *Hemophilus influenzae* como causa; de agosto de 1940 a noviembre de 1943, Vizcarrondo, Camejo y Pons (7), en 75 casos encontraron sólo 4 a *Hemophilus influenzae*; de 1947 hasta agosto de 1950, Barnola y Tovar (loc. cit), en 213 casos de meningitis encontraron 91 a *Hemophilus influenzae*, constituyendo la primera causa y superando en mucho a la tuberculosis que aparece en 66 casos.

El examen citológico y químico del líquido cefalo-raquídeo reveló lo siguiente: en tres de cinco "fórmula celular" hechas en primer examen, hubo linfocitosis de 85% o más; en las dos restantes polinucleosis de 81% o más. Es de notar que en los casos debidos a *Hemophilus influenzae* hubo predominio de linfocitosis.

En cuatro de cinco "fórmula celular" de control, hubo 91% o más de linfocitosis.

En las determinaciones de glucosa, 6 correspondieron a primer examen, siendo cinco de ellas negativas, correspondiendo dos a casos curados. Mientras más baja es la glucorraquia, peor es el pronóstico.

No se practicó autopsia a ninguno de los casos de evolución fatal.

Los resultados de los exámenes complementarios practicados aparecen resumidos en el Cuadro III.

Resumen y conclusiones.

Se relatan 8 casos de meningitis agudas en niños, observados en Maracay, Estado Aragua. En 3 casos se comprobó el *Hemophilus influenzae* como agente causal. La mortalidad fué de 50%.

BURGOS COURLAENDER

La única manera de disminuir la mortalidad en las meningitis es hacer un diagnóstico temprano para poder instituir rápidamente el tratamiento adecuado.

REFERENCIAS

1. DEL CORRAL, P. — "Sobre bacteriología de la meningitis cerebro-espinal observada en Maracay". Gac. Méd. de Caracas, 42:6, 1935.
2. FIGUEROA, E. R. — "Contribución al estudio de las meningitis en la infancia". Caracas, 1940. Tesis Doctoral.
3. FIGUEROA, E. R. — "Síndrome meníngeo". Conferencia en Primer Curso de Post-Grado de Puericultura y Pediatría. Caracas, 29 de noviembre de 1949.
4. BONABA, J. y PORTILLO, J. M. — "Tratamiento de las meningitis supuradas en el niño, por vía extrameningea". Arch. de Ped. del Uruguay, 21:971, 1950.
5. BUSTINZA, F. — De Koch a Waksman. "La estreptomycin y la lucha contra el *Mycrobacterium tuberculosis*". Espasa Calpe S. A. Madrid, 1948.
6. BARNOLA, José y TOVAR E., G. — "El examen bacteriológico del líquido cefalo-raquídeo". Arch. Venezolanos de Puericultura y Pediatría, 13:5, 1950.
7. VIZCARRONDO, E., CAMEJO TROCONIS, C. y PONS, B. — "La meningitis a salmonella en el lactante". Memorias de las Primeras Jornadas Nacionales de Puericultura y Pediatría, V. 4:263, 1944.



Mellizos prematuros, nacidos por sección cesárea, que a los ocho meses de alimentarse con S-M-A, sin suplemento vitamínico, pesaron 10 Kg. cada uno.

Estudios clínicos sobre el crecimiento de recién nacidos alimentados con S-M-A demuestran que los resultados son tan excelentes como "las normas consideradas óptimas en la práctica general de pediatría."

PORQUE habiendo tomado por prototipo la leche materna S-M-A es el alimento infantil que precisamente se

destaca por su semejanza a la leche de mujer.

En la actualidad se está remitiendo a los médicos el folleto "UNA CONTRIBUCION IMPORTANTE A LA ALIMENTACION INFANTIL MODERNA" en que se recalcan las ventajas de S-M-A comprobadas por recientes investigaciones científicas.

S-M-A*

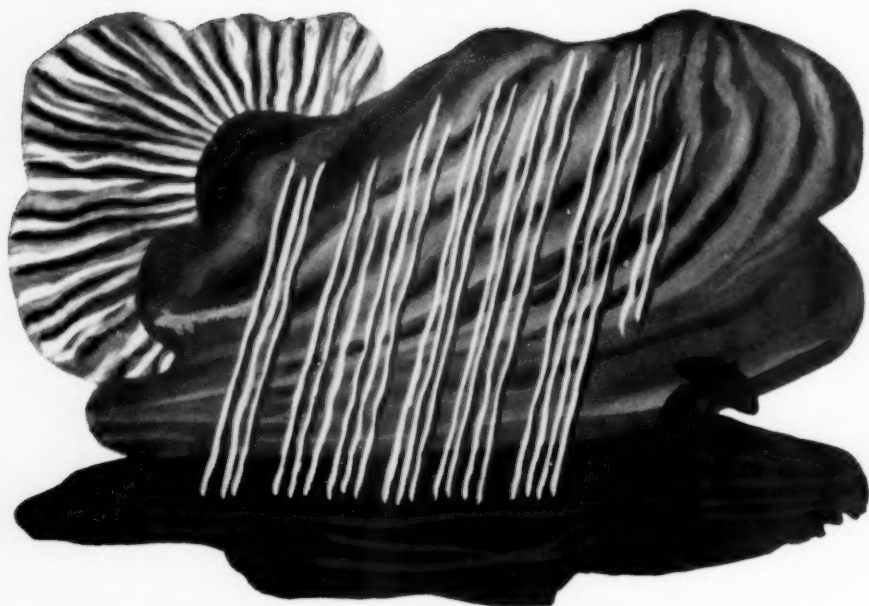
cría niños robustos



*Marca registrada



Latas de 453 gramos



*La estación de mayor peligro de gripe y epidemias
requiere un profiláctico que proteja de infecciones
las cavidades bucal y faríngea.*

METHURAL

previene y cura
las infecciones aerógenas y
las causadas por gotitas de saliva.

Envases de 36, 250 y 1.000 pastillas.



Cilag Société Anonyme Schaffhouse-Suiza

Representación exclusiva en Venezuela:

Liveca, Productos Farmacéuticos C. A.
Teléfono 51.930 y 57.410
Apartado Postal 3618
Caracas - Venezuela

HEMANGIOMATOSIS DE LA PIEL Y DE LOS ORGANOS INTERNOS EN UN RECIEN NACIDO

Ph. H. HARTZ (*)

Es bastante conocido el hecho de que los hemangiomas ocurren en los recién nacidos no sólo como tumores o malformaciones de la piel, sino que se observan también en los órganos internos. En combinación con lesiones de carácter distinto pueden formar síndromes anatomoclínicos bien definidos. Son muy importantes las localizaciones de los hemangiomas en el sistema nervioso central y en los ojos, donde forman parte de los tipos tres y cuatro de las facomatosis van der Hoeve (1), el síndrome de von Hippel-Lindau y el de Sturge-Weber. El primero está caracterizado por quistes, angiomas y tumores angioplásticos en el cerebro, cerebelo y médula espinal. Además se encuentran gliomas, proliferaciones de la neuroglia y algunas veces siringomelia. Estas lesiones se combinan con otras oculares como angiomas, quistes y degeneraciones de la retina y con lesiones de otros órganos (quistes renales y pancreáticos y angiomas de la piel). En el síndrome de Sturge-Weber hay nevos vasculares, de las meninges, calcificación y atrofia de la corteza del cerebro y cerebelo, angiomas de la coroides y rara vez un retinoblastoma. Los enfermos pueden presentar idiotez u otros trastornos mentales. En la piel se encuentra el nevo flamígero (2, 3).

Se hallan también hemangiomas múltiples de la piel y de los órganos internos sin las lesiones y malformaciones nerviosas de las facomatosis, aun cuando sí se observan los hemangiomas en el sistema nervioso central. R. H. Jaffé (4) describió el caso de un niño de 8 meses de edad que nació con múltiples hemangiomas de la piel. En la autopsia se observó, ade-

(*) Anatomopatólogo del Hospital Vargas, San Cristóbal, Táchira.

más de meningitis purulenta y un absceso subcutáneo en la región parietal, hemangiomas de la piel, del tiroides, pulmones, bazo, intestino, meninges, nervios espinales y hueso parietal. Jaffé opina que se trata de tumores congénitos múltiples y no de metástasis de un tumor maligno primario. El mismo Jaffé citó 14 casos semejantes de la literatura. Deelman (5) acaba de publicar otro caso de un niño que nació con angiomas de la piel y murió a la edad de 4 meses. En la autopsia de este caso también se encontraron numerosos hemangiomas de la piel, pulmones, bazo, hígado, riñones y cápsulas suprarrenales. Existía además una anemia muy acentuada. El examen microscópico de biopsias de la piel y de las piezas de autopsia demostraron que los hemangiomas eran parcialmente maduros y en parte inmaduros. Deelman (5) considera los hemangiomas como hamartomas y reserva para estos casos en que hay múltiples hemangiomas la denominación de hamartosis.

En el caso que a continuación se describe, la localización de los hemangiomas predominaba en el hígado, provocando la muerte pocos días después del nacimiento.

Descripción del caso.

Un niño de 10 días de edad ingresó en el hospital Santa Elizabeth de Curazao en muy malas condiciones, sin antecedentes hereditarios de importancia y que fué llevado al hospital por sufrir una anemia intensa, con subictericia, signos clínicos de hemorragia intra-abdominal, hematomegalia. No se pudo practicar un examen más completo a causa de su rápido desenlace.

La autopsia efectuada cuatro horas después de la muerte demostró lo siguiente: hemangioma de 3½ mm. detrás del ojo izquierdo, coágulos en la cavidad abdominal; el hígado era grande, su peso 305 gramos (peso normal 123 grm.). En la superficie y al corte se observaron tumores múltiples de color rojo oscuro, tamaños diversos alcanzando el mayor 3 cm., algunos parecían necróticos. En la cápsula suprarrenal izquierda se encontró un tumor de 3 mm. de diámetro y con color rojo. Los demás órganos eran normales. El examen del cerebro no se pudo practicar.

HEMANGIOMATOSIS DE LA PIEL

Examen microscópico.

Fijación en la mezcla Bouin-sublimado, inclusión según el método de Péterfi, coloración con el tricromo de Masson, con el método "Azan" de Heidenhain y con hematoxilina-azofloxina.

El estudio de los cortes de hígado produjo la impresión de que en muchos lugares el proceso patológico se había originado en el tejido conjuntivo interlobular y desde allí se había extendido a los lóbulos. En algunos triángulos de Kiernan de mayor tamaño, el tejido conjuntivo había sido reemplazado por vasos sanguíneos anchos. En muchos lugares quedaban apenas pocas fibrillas colágenas entre los vasos, solamente los grandes ramos de la arteria hepática y los conductos biliares de gran tamaño eran los que todavía estaban rodeados por una zona más extensa de tejido conjuntivo. Se observaron varios haces nerviosos en algunos sitios aprisionados por el tejido vascular circundante, siendo posible distinguirlos por su vaina delgada de tejido conjuntivo.

El endotelio de los vasos angiomatosos era bien claro, su protoplasma bien visible y sus núcleos prominentes; se observaron escasas mitosis y pocas células inmaduras, siendo normal el contenido de los vasos.

Además de los vasos se observaron otras estructuras: aglomeraciones celulares, situadas preferentemente en la periferia de los triángulos más grandes, de tamaño desigual y de forma diferente, pero la mayoría eran ovales o redondas. Siempre tenían conexión con el endotelio de los vasos. Las células eran grandes, de núcleo pálido; el protoplasma contenía frecuentemente granos refringentes que se coloreaban con azocarmina; entre las células había unas fibrillas muy finas que tomaban el azul de anilina. Las mitosis también eran raras.

En muchas de estas aglomeraciones se observaron hendiduras, algunas de éstas conteniendo glóbulos rojos y blancos; estaban en la luz de los vasos angiomatosos. Cuando estas hendiduras eran muchas, le imprimían al conglomerado celular una apariencia de tejido reticular.

Fuera de los triángulos los vasos anormales formaban grandes lagunas sanguíneas entre los pequeños grupos de células hepáticas. El endotelio de estos vasos o lagunas, reforzado con

unas fibrillas más o menos finas, se colocaba contra los restos de las trabéculas de células hepáticas, observándose también cordones de células endoteliales que separaban lagunas sanguíneas.

El límite entre las zonas angiomasas y el tejido hepático no infiltrado por los angiomas era siempre bien definido. En las zonas angiomasas quedaba poco parénquima hepático. Las células estaban agrupadas en cordones irregulares desapareciendo la estructura lobular. Las células eran grandes y los núcleos provistos de nucleolos prominentes. El corte transversal de muchas trabéculas dejaban ver una luz bastante ancha con trombos de bilis. Se observaron también zonas de hemorragia y de necrosis. En los sitios no angiomasos las células eran más atróficas con núcleos y nucleolos pequeños y había infiltración grasosa no muy marcada. Muchos de los capilares biliares contenían trombos de bilis.

Los tumores pequeños de la piel y de la cápsula suprarrenal izquierda presentaba el aspecto del angioma cavernoso. En el tumor de la piel se encontraron pequeñas aglomeraciones celulares y en el lumen de los vasos pocos elementos sanguíneos inmaduros.

Discusión.

En el caso en que se presenta la muerte se debió, sin duda, a la hemorragia intra-abdominal que se originó en las formaciones angiomasas situadas en la superficie hepática. Este hallazgo hace ver una vez más la importancia que tiene efectuar la autopsia en los niños recién nacidos. Es de lamentar que en este caso no se pudo practicar el examen del cerebro, siendo por tal motivo imposible descartar la existencia de malformaciones vasculares en dicho órgano.

Está todavía en discusión la verdadera naturaleza de lesiones tales como las que se encontraron en nuestro caso, ya que según Fischer (6), se encuentran en el hígado de adultos hemangiomas malignos. El hecho de que el tejido vascular infiltrara el tejido hepático puede ser tomado como un carácter de malignidad y la multiplicidad de las lesiones es posible considerarlas como metástasis. No obstante, el aspecto histológico era de formaciones benignas, siendo importante notar, además,

HEMANGIOMATOSIS DE LA PIEL

que los vasos estaban en conexión con vasos normales, formando así parte del sistema circulatorio. En cuanto a la infiltración de los tejidos normales, es bien conocido el hecho de que los angiomas pueden infiltrar los tejidos sin reincidir después de extirpados y sin producirse metástasis. Por eso, con criterio unánime al de Jaffé y Deelman (loc. cit. 4 y 5), consideramos a los angiomas más como malformaciones benignas o hamartomas que como tumores.

Resumen.

En un niño que murió con un cuadro de hemorragia interna, la autopsia demostró las siguientes lesiones: hemorragias intra-abdominales, tumores múltiples del hígado, un angioma pequeño de la piel de la cara y otro de la cápsula suprarrenal izquierda. Los tumores hepáticos consistían en formaciones vasculares y de aglomeraciones celulares más sólidas. Los angiomas de la piel y de la cápsula suprarrenal tenían el aspecto del hemangioma cavernoso.

Se consideran las formaciones angiomasas como malformaciones y no como tumores.

Summary.

In a 10 days old child which died with symptoms of internal hemorrhage there was extensive hemorrhage in the abdominal cavity. There was a small hemangioma in the skin of the face and in the left adrenal. In the enlarged liver were numerous hemorrhagic tumors which consisted of wide blood vessels and more solid accumulations of cells. The angiomas of the skin and of the adrenal were typical cavernous hemangiomas.

The angiomatous formations are considered to be malformations and not tumors.

REFERENCIAS

1. VAN DER HOEVE, J. — "Eye symptoms in Phakomatosis". Doyne Memorial Lecture. Transactions of the British Ophthalmological Society, 52: 1932.

H. HARTZ

2. BROUWER, B., VAN DER HOEVE, J. and MAHONEY, W. — "A fourth type of phakomatosis. Sturge-Weber syndrome". *Proc. Royal Netherlands Academy of Sciences*, 36:1, 1937.
3. PETERS, G. — "Spezielle Pathologie der Krankheiten des Zentralen und Peripheren Nerven-Systems". Stuttgart. Georg Thieme Verl, 1951, p. 282-289.
4. JAFFE, R. H. — "Multiple hemangiomas of the skin and of the internal organs". *Arch. Path.*, 7:44, 1929.
5. DEELMAN, H. T. — "Haemangiomatosis, een vorm van hamartosis". *Ned. Tijdschr. v. Geneesk*, 93:4010, 1949.
6. FISCHER, B. — Citado por E. Kaufmann, "Lehrbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie". Ed. 10, P. 899, 1931.

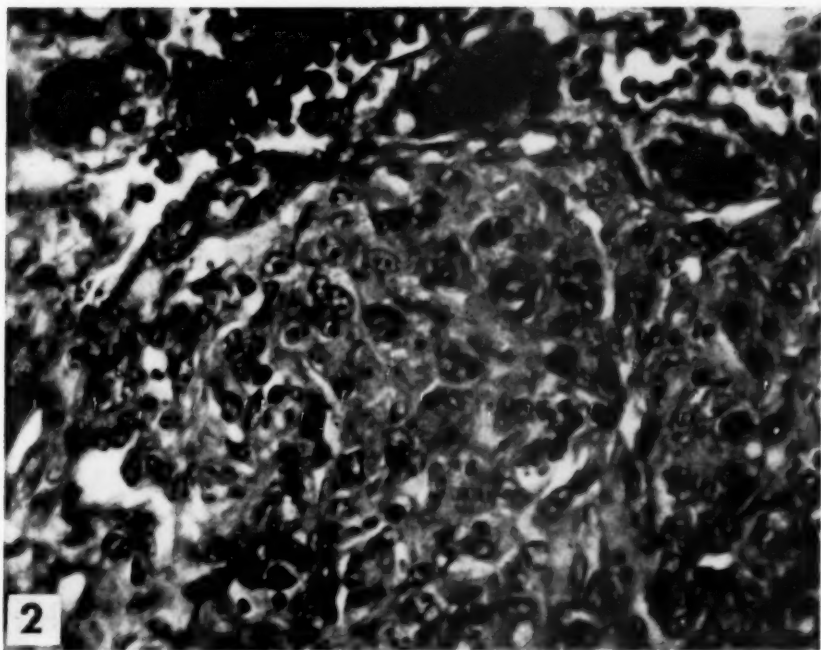
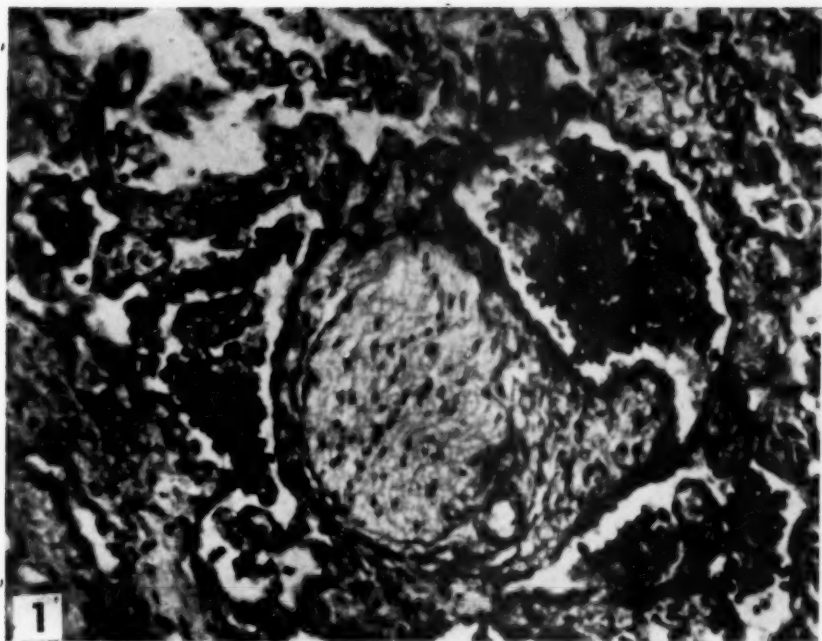


Figura 1.—Nervio en triángulo de Kiernan, rodeado por vasos.
 Figura 2.—Aglomeración de células. En la periferia se observan vasos y células hepáticos.



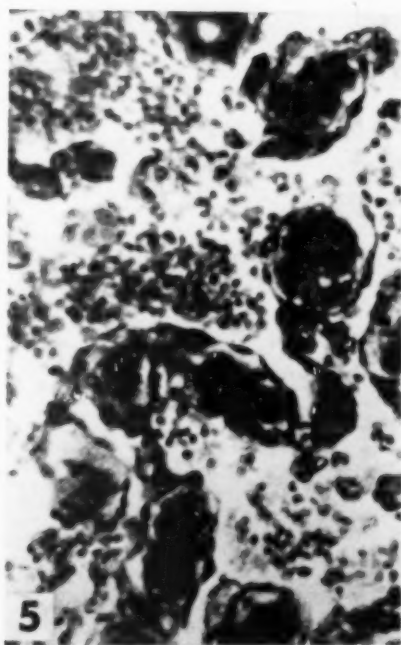
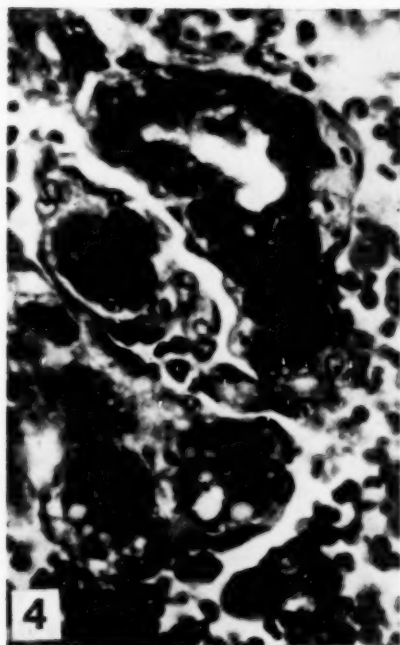
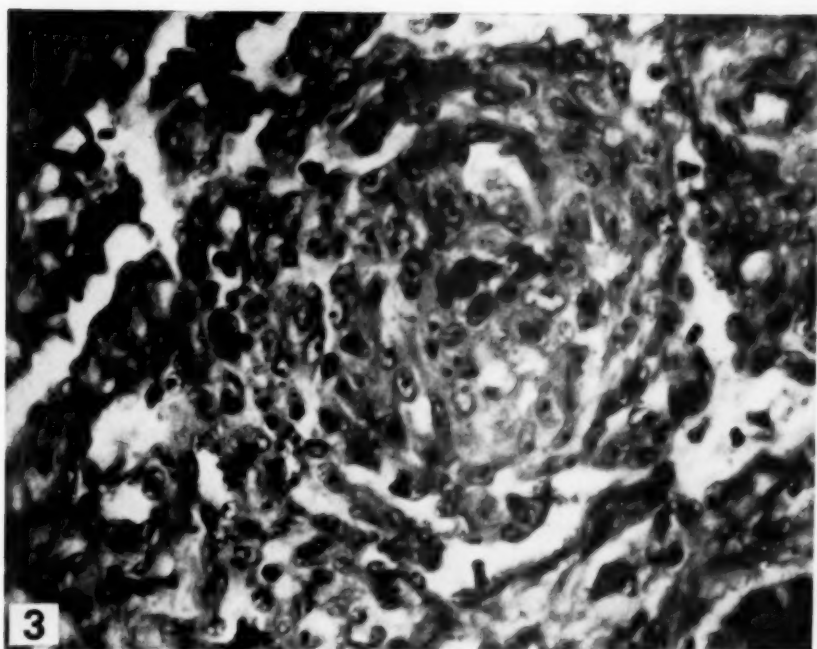
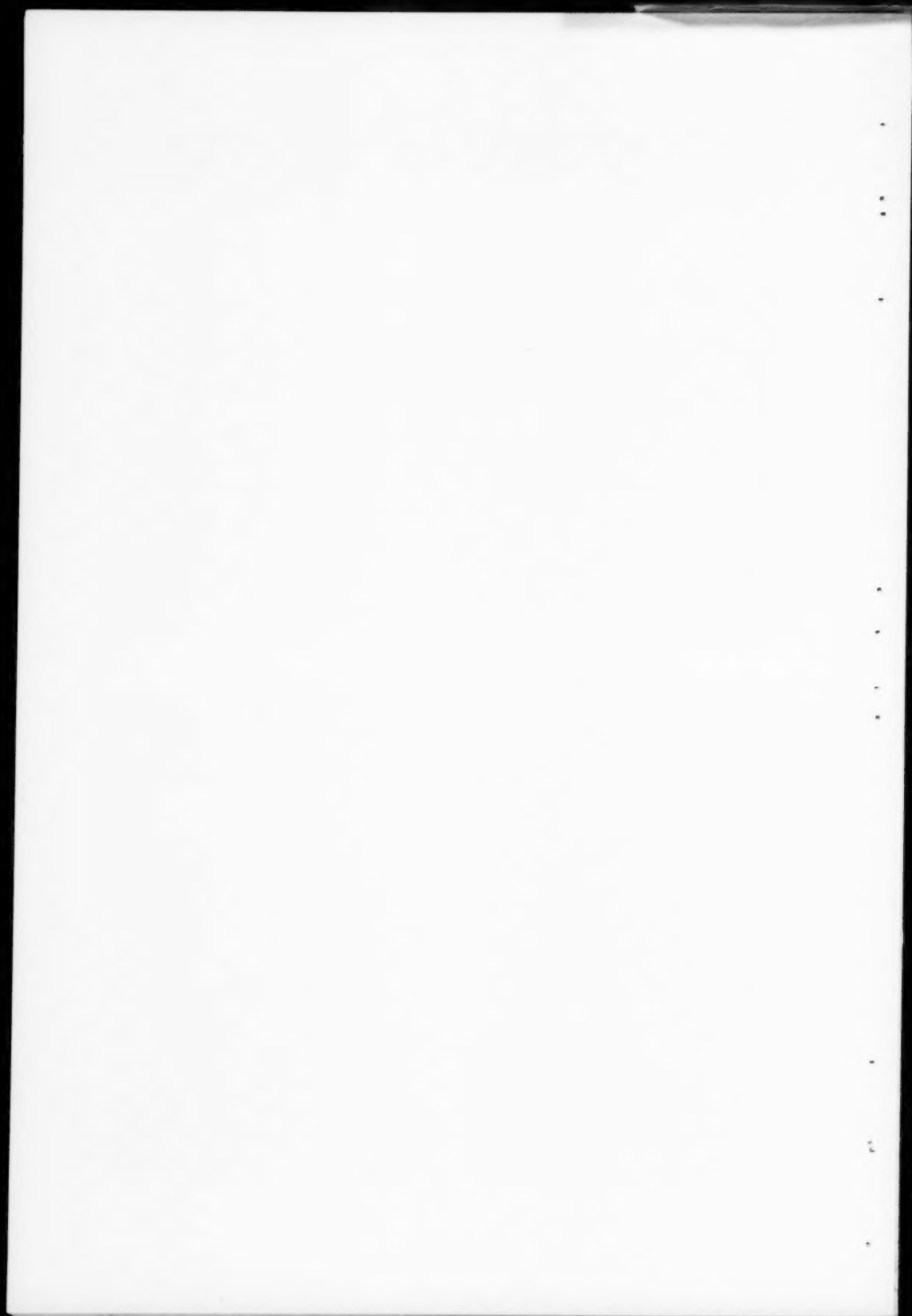


Figura 3.—Aglomeración de células en el hígado. Pequeñas luces entre las células
 Figura 4.—Células hepáticas en una zona angiomatosa. Luz grande en un cordón
 Figura 5.—Células hepáticas entre las lagunas sanguíneas.



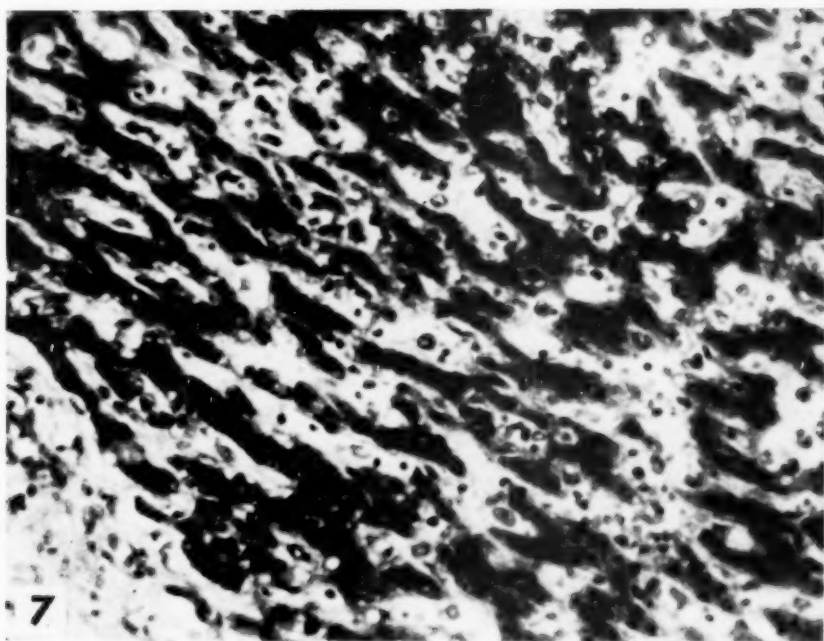
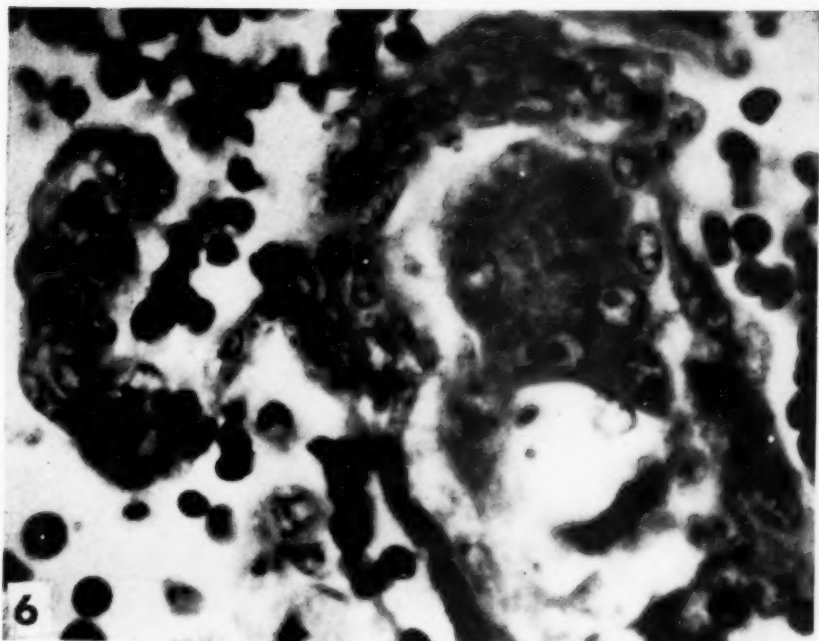
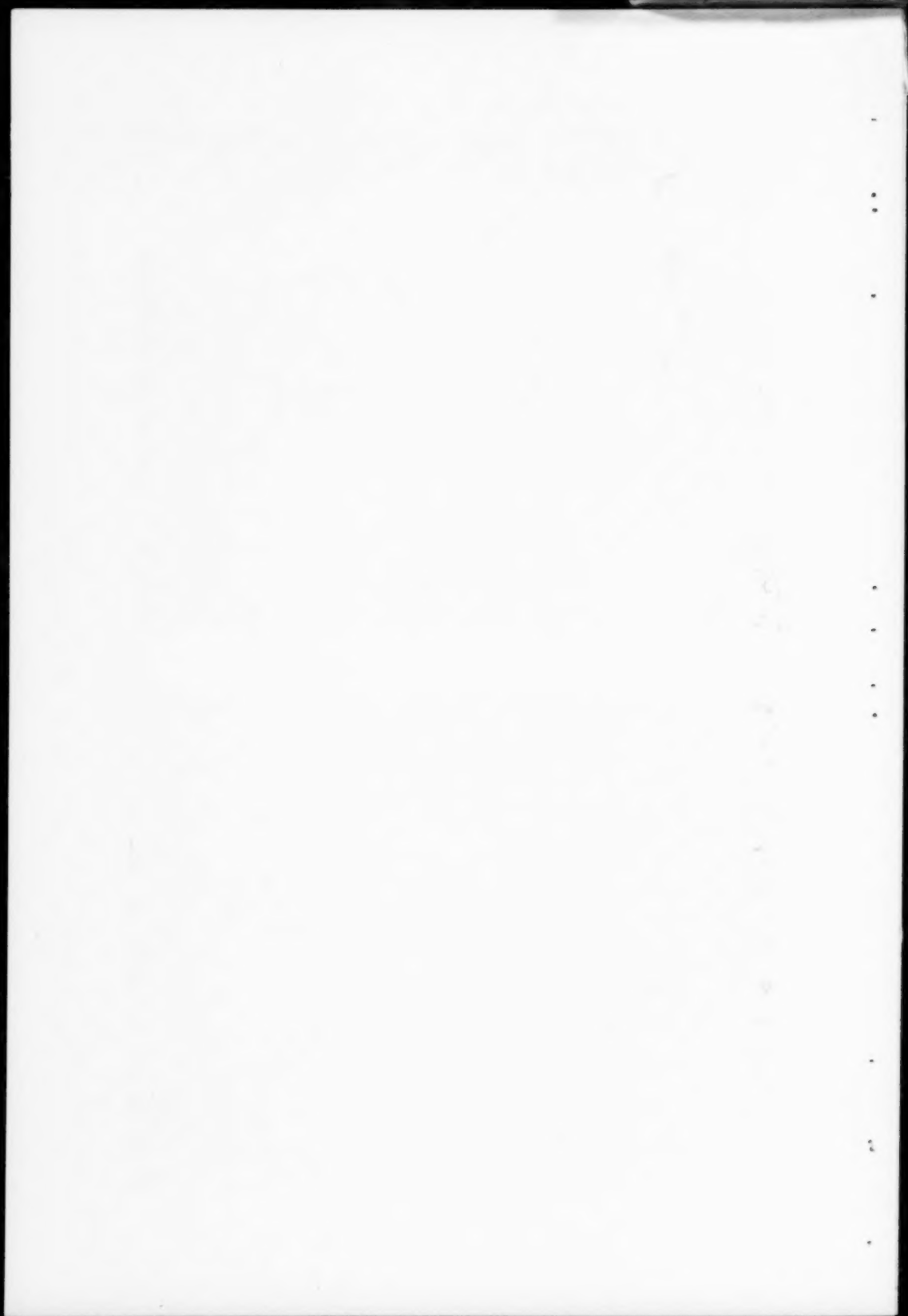


Figura 6.—Cordón celular hepático y formaciones endoteliales
Figura 7.—Trabéculas celulares fuera de las zonas angiomatosas.



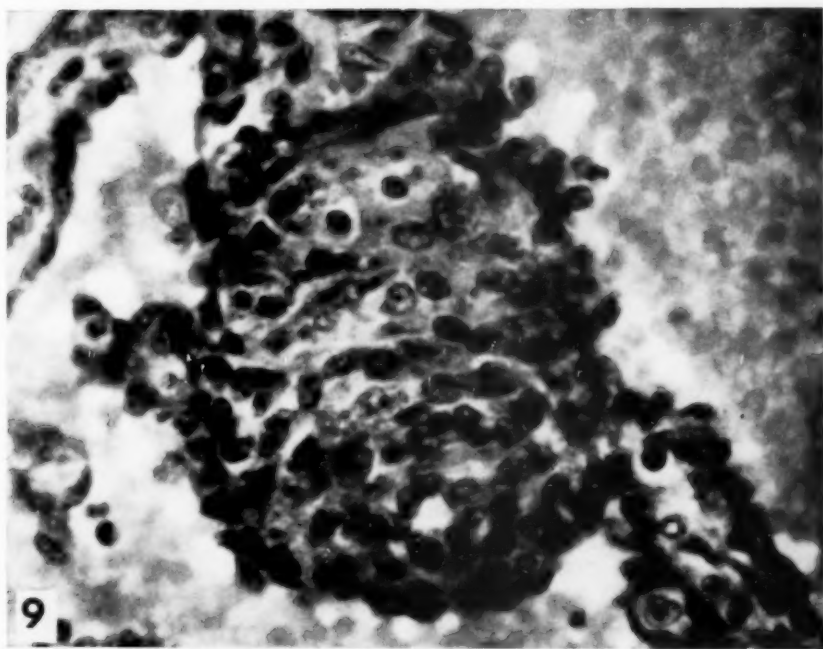
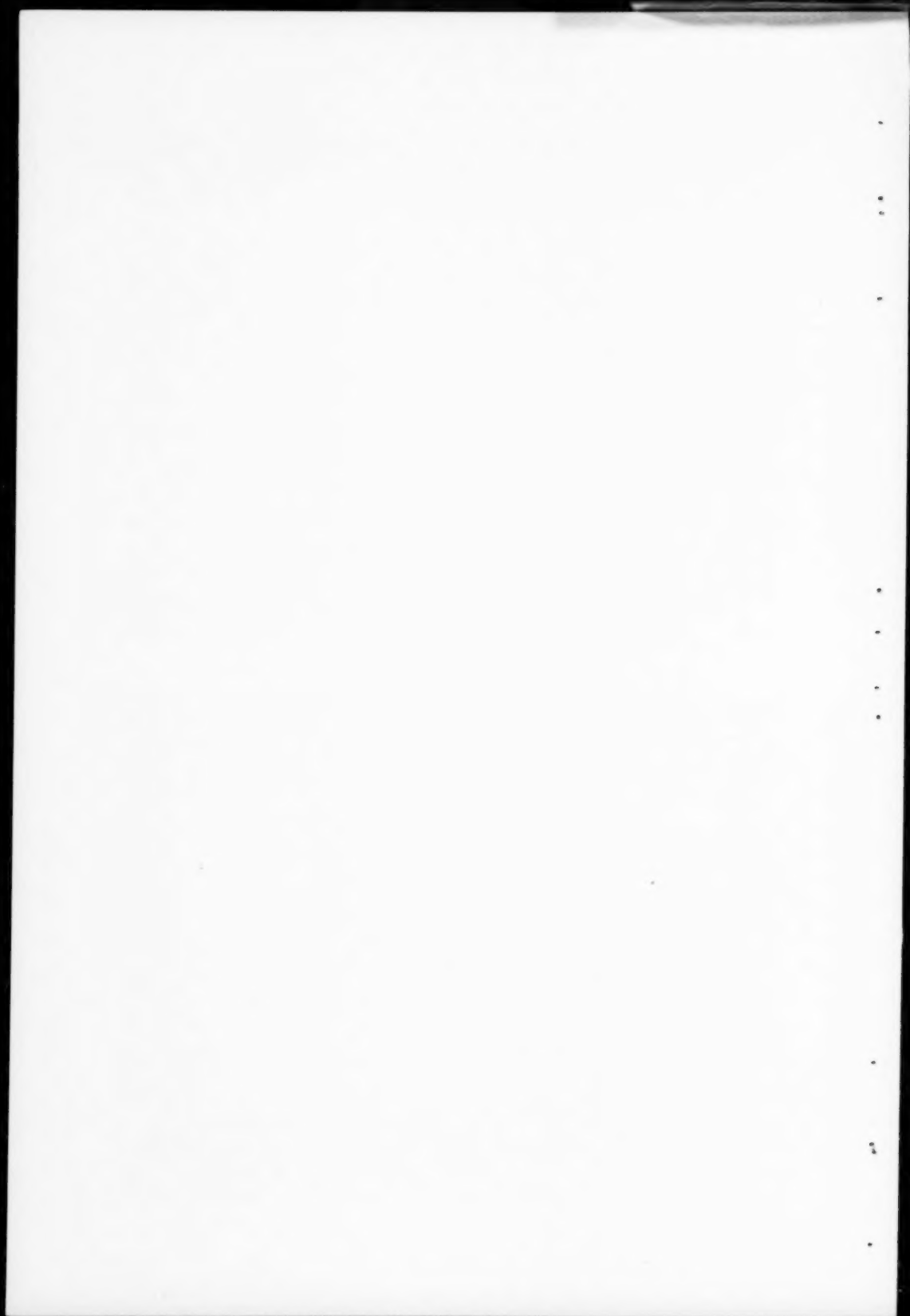


Figura 8.—Angioma de la piel. Se observa el conducto de una glándula sudorípara

Figura 9.—Angioma de la piel. Formación más sólida con luz pequeña.



*El Pediatra, cuando necesita formular el clásico
expectorante, piensa en la fórmula del*

Jarabe Suels

cuyas dosificaciones son bien conocidas:

Rp.

Acetato amoniaco líq.	2 c.c.
Tintura de Drosera	2 c.c.
Benzoato de soda	2 grs.
Jarabe de polígala	20 c.c.
Jarabe Dessesartz	40 c.c.
Infusión de tilo csp.	100 c.c.

Para infantes. Cucharaditas.

Niños mayores: Cucharadas.

El Jarabe Suels se consigue en todas las farmacias en
frascos de 120 c.c.

Jarabe anti-histamínico

SUELSYL

para el tratamiento de algunos síntomas espasmódicos y
alivio de diversas alergias ocasionadas por la histamina.

ASMA, URTICARIA

y diversas sensibilizaciones.

A la venta en todas las farmacias.

Depósito:

Droguería Farvenca y Farmacia Santa Sofía.

CARACAS

ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

VINCENTI

RUIBEPAR
Insuficiencia Hepática

PAPAVERYL
Antiespasmódico

NOV'HEPAR
Antianémico

VITADOL
Vitaminas A y D en gotas

SALIDIURENE
Reumatismo

GLUCOLIN
Recalcificante

ALIBURINA
Pomada

ADRENOCALCIUM
Cloruro de Calcio en gotas

SOLUNOVAR
Tocamiento

CRATECIL
Sedante nervioso

NATROCHOL
Drenaje biliar

VITADOL
Vitaminas A y D en pomada

VITAMUCIL
Estreñimiento

CYNAL
Colagogo - Antianémico

HEPAFOLINA
Antianémico

CODEBROMIL
Calmante de la tos

PREPARADOS POR:

C. VINCENTI

FARMACEUTICO

Calle Real de Quebrada Honda, 80-3

Teléfono 56.363

APARTADO N° 1355

GOMA SIFILITICO ULCERADO EN UN RECIEN NACIDO RELATO DE UN CASO

Dr. J. J. MAYZ LYON (*), Dr. ARMANDO SUCRE (),
Dr. BELA DE GAVALLER (***)**

Hemos tenido la oportunidad de observar un goma sifilítico ulcerado antes del nacimiento, en un recién nacido de la Maternidad Concepción Palacios. Consultando la bibliografía nacional y extranjera sobre esta materia, pudimos comprobar su rareza. Por ello creemos ha de resultar de interés la publicación de este caso.

Lesiones sifilíticas pequeñas en los órganos internos de los recién nacidos, asimilables por su estructura a los gomas sifilíticos, han sido comprobadas desde hace mucho tiempo y se encuentran descritas en los tratados clásicos sobre esta materia. También Finkelstein (1), Pfaundler (2) y Holt (3) han observado pequeños gomas sifilíticos en hígado, bazo, pulmón, huesos y órganos gastro-intestinales en recién nacidos.

Sin embargo, casos similares al que se expone, son escasos en la literatura, especialmente si se considera que se trata de un goma abierto al exterior en un recién nacido con una sífilis congénita precoz.

Trillat y Magnin (4), al encontrar una serología fuertemente positiva en la sangre del cordón de un recién nacido a término, sin ningún signo clínico de sífilis, observaron, al estudio radiológico de los huesos largos, una pérdida de sustancia a nivel de la extremidad inferior de la tibia derecha, quedan-

(*) Servicio de Recién Nacidos de la Maternidad Concepción Palacios.

(**) Servicio de Recién Nacidos de la Maternidad Concepción Palacios.

(***) Anatomopatólogo de la Maternidad Concepción Palacios.

do la diáfisis unida a la epífisis solamente por un pequeño puente. Además pudieron comprobar lesiones de periostitis en todos los huesos largos. Pensaron que se trataba de un goma o de una osteomielitis rarificante fibrosa sifilítica.

Chenu-Bordón (5) refiere el caso de un niño de veintiocho días, en el cual se comprobó, después del nacimiento, la presencia de una tumoración subcutánea en el tercio medio del antebrazo izquierdo, indolora y sin signos externos inflamatorios. La tumoración aumentó poco a poco de tamaño y se abrió espontáneamente dando salida a una secreción purulenta y a un fragmento óseo. En estas condiciones fué llevado al hospital, donde se encontró, además de lo descrito, esplenomegalia, micropoliadenopatías, coriza y placas en la mucosa de la boca. La madre tenía antecedentes sifilíticos cargados y reacción de Kahn fuertemente positiva. El laboratorio puso en evidencia la presencia de treponemas en las lesiones mucosas y en un corte practicado en el borde de la ulceración. Por todos estos datos el autor concluye que se trataba de un goma sifilítico.

En la monografía de Hugo Maccarini (6), al hablar de las lesiones óseas, describe dos tipos de osteomielitis: la rarefaciente y la gomosa. Refiriéndose a esta última dice textualmente lo siguiente: "Estas formas son rarísimas en la primera infancia, aunque innegables. Ellas son el patrimonio de la lúes tardía... Entonces la osteomielitis gomosa es la regla..."

Este autor relata el caso de un recién nacido a término con peso de 2.650 grs., hijo de una madre con reacciones serológicas positivas y antecedentes de un aborto y un mortinato. Fué examinado a los trece días de edad por presentar lesiones en palma de las manos y planta de los pies, las cuales fueron diagnosticadas de pénfigo palmo-plantar. En el resto del examen se encontró polo esplénico palpable, circulación venosa pericraneana, periostitis osificante en el estudio radiológico de los huesos largos y en uno de los húmeros "un levantamiento del periosteo, que haría suponer un proceso gomoso". El niño tenía serología positiva.

En la literatura extranjera revisada, solamente los citados pueden considerarse como verdaderos casos de gomas, en recién nacidos con sífilis congénita precoz.

GOMA SIFILITICO

Entre nosotros, Oropeza, Mendoza y Curiel (7), en 12.659 recién nacidos a término de la Maternidad Concepción Palacios, encontraron un coeficiente de morbilidad para la sífilis de 48 por 10.000. Recalcan los autores que estos niños tenían signos clínicos evidentes de la enfermedad. En dicho grupo no se encontró ningún caso de goma.

Posteriormente, Oropeza y varios colaboradores (8) estudiaron 93 casos de sífilis congénita en el Hospital "J. M. de los Ríos", de los cuales 76 (81.7%) eran menores de dos años y 110 casos en el Instituto Nacional de Puericultura, de los cuales 94 (85,46%) eran menores de dos años. En ninguno de ellos se encontraron gomas sifilíticas.

Lander (8), en su tesis de grado, elaborada con material del Instituto Nacional de Puericultura y del Hospital "J. M. de los Ríos" (130 niños sifilíticos de 0 a 30 meses), presenta el siguiente caso marcado con el N° 82: niño de uno y medio meses, con peso de 3.5550 grs., Kahn positivo. Pénfigo plantar, coriza, rodilla derecha dolorosa e inmóvil (Seudoparálisis de Parrot). El estudio radiológico demostró la existencia de una lesión de aspecto gomoso de la extremidad superior de la tibia con osteítis osificante del borde interno.

Todos los autores han descrito gomas en niños con sífilis congénita de evolución tardía. Lloyd y Rawlins (10), por ejemplo, describen un goma de la lengua en una niña de diez años que curó con tratamiento arsenical.

A continuación presentamos un resumen de la historia del caso observado por nosotros.

Presentación del caso.

A. G., nació en la M.C.P. el 5 de octubre de 1950 a la 1.05 a.m. Es el producto del quinto embarazo de la Sra. A. G., de 26 años de edad. Sus embarazos anteriores tuvieron el siguiente resultado: los tres primeros fueron embarazos simples a término; el cuarto embarazo terminó en un aborto a los dos meses. Según la historia de ingreso, la serología del padre había sido negativa dos años antes y la de la madre negativa en agosto de 1950.

La evolución del trabajo fué normal. En el momento de la

ruptura de las membranas se apreció un aumento en la cantidad de líquido amniótico (tres a cuatro litros).

El recién nacido, de sexo masculino, pesó al nacer 1.900 gramos y su talla fué de 41 cms. La placenta pesó 600 grs., de modo que la relación ponderal feto-placentaria fué de 3,1 : 1.

El examen practicado por nosotros a las ocho horas de nacido reveló los siguientes datos: Prematuro, con muy escaso panículo adiposo, en evidente mal estado general. Cianosis peribucal y ungueal en oxígeno, la cual se generaliza a los pocos minutos de estar fuera de la cámara. Marcada disnea y aleteo nasal. Normocéfalo. Fontanela anterior 4 por 4 cm. Sutura sagital y fontanela posterior abiertas. Conjuntivas oculares y reflejos pupilares normales. No había lesiones en las mucosas.

En la región supraclavicular derecha se apreció una zona de color violáceo, de consistencia dura, infiltrativa, que impedía la palpación de la clavícula derecha; en el centro de esta zona existía una pérdida de sustancia de bordes irregulares, de más o menos 4 cm. de longitud por 1.5 de anchura. La superficie de esta úlcera estaba recubierta por una delgada película transparente con un orificio fistuloso que daba salida a líquido serosanguinolento. La exploración con un estilete demostró que la profundidad era de un centímetro aproximadamente.

Tórax de aspecto infundibuliforme con diámetros de la base aumentados. Marcada disnea con ligero tiraje infracostal. A la auscultación se encontraron estertores finos diseminados en ambos campos. Ritmo cardíaco acelerado. Tonos normales.

Marcada hepato-esplenomegalia: el borde inferior del hígado se palpaba a cuatro centímetros por debajo del reborde costal; el polo esplénico llegaba casi hasta la cresta iliaca. No había adenopatías. La piel, fuera de la lesión descrita, no presentaba ninguna otra anormalidad. Existía una impotencia funcional total del miembro superior derecho.

Se instituyó el siguiente tratamiento: penicilina G. cristalina: 20.000 unidades cada cuatro horas; vitamina K: 2,5 miligramos cada 12 horas; oxígeno permanente: 5 litros por minuto; cambios de posición; coramina: 0,25 cc. cada 12 horas; calor externo; nada por vía oral hasta nueva orden. Se pidieron los siguientes exámenes: Kahn de la madre y estu-

GOMA SIFILITICO

dio radiológico de los huesos largos y cuello del recién nacido.

Las placas radiográficas demostraron lo siguiente:

Masa de contornos imprecisos cuyos límites no pueden ser delimitados, debido a que es permeable a los Rayos X, pero que sobresale sobre el contorno normal del cuello, al mismo tiempo que empuja la parrilla costal derecha, dando al tórax una forma infundibuliforme. La infiltración invade el hombro y la zona infraclavicular derecha.

Hemidiafragma derecho a nivel del quinto espacio intercostal; hemidiafragma izquierdo a nivel del séptimo espacio intercostal.

Lesiones de diafisitis —periostitis— localizadas en todos los huesos largos (húmero, cúbito, radio, fémur, tibia y peroné) distribuidas simétricamente. Estas lesiones son muy marcadas en la clavícula derecha. Lesiones de metafisitis —bandas claras y opacas— distribuidas simétricamente en huesos largos. Sombras hepática y esplénica aumentadas.

Diagnóstico radiológico: Tumoración en zonas supra e infraclavicular derecha. Lesiones óseas características de sífilis congénita. Parálisis del hemidiafragma derecho.

El niño se agravó cada vez más y murió a las 6.50 p.m., o sea 17 h. 45 m. después del nacimiento.

El Kahn de la madre resultó ser fuertemente positivo.

A la autopsia se encontró lo siguiente:

Cadáver de un recién nacido prematuro de 41 cms. de longitud y 1.900 gms. de peso. Sexo masculino. Raza blanca. Piel pálida. Extremidades sin deformaciones. Cordón umbilical ligado a cuatro centímetros, fresco y húmedo.

En las zonas supra e infraclavicular derecha se encuentra una tumoración que levanta la piel en un área que corresponde al de una moneda de dos bolívares. En el centro de esta tumoración y por encima de la clavícula se observa un orificio fistuloso, de forma ovalada y bordes irregulares. La fístula se dirige a la articulación esternoclavicular derecha, alcanzando una profundidad de 1,4 cms. y da salida a una masa de aspecto necrótico purulento. La piel que recubre la tumoración es de color violáceo y se despega con facilidad. La masa tu-

(*) Estudio radiológico practicado por el Dr. T. Landaeta Sojo.

moral rodea la clavícula derecha y se extiende desde la quinta vértebra cervical hasta la cuarta costilla, rechazando las tres primeras costillas. La clavícula ocupa el fondo del trayecto fistuloso y se encuentra sin periosteo. La pared de la fistula es irregular, de aspecto necrótico, y está rodeada por un tejido de consistencia semidura y de color gris violáceo. La parte externa de la tumoración está constituida por un tejido de color blanco grisáceo, de consistencia dura, que se puede separar con facilidad de las costillas y de la escápula, las cuales no presentan lesiones.

Pulmones: las partes anteriores de color rojizo, parcialmente aireadas; las zonas paravertebrales de color gris rojizo, de consistencia algo aumentada, sin contenido aéreo. Bazo: 17,3 gramos, notablemente aumentado de tamaño, de color rojo oscuro, no reconociéndose los corpúsculos de Malpighio. Hígado: 212 gms., aumentado de tamaño, blando, de color pardo rojizo y con superficie borrosa al corte. Páncreas: 3,5 gms. Fémur: la línea limitante entre la diáfisis y la epífisis es dentada; el periosteo de la diáfisis se encuentra en algunos sitios engrosado y calcificado y no se puede separar de la sustancia compacta; médula ósea de color rojo oscuro.

Diagnóstico: Sífilis congénita. Osteocondritis sifilítica. Hepato-espleno-pancreatomegalia. Neumonía blanca. Tumoración subcutánea peri-clavicular fistulosa. Prematuridad.

Descripciones microscópicas.

Tumoración: En los cortes practicados en la periferia de la tumoración se observa un tejido de granulación constituido preferentemente por fibroblastos, linfocitos, histiocitos y escasos plasmocitos; se encuentran numerosos capilares neoformados. Estos vasos, en algunas zonas, presentan una infiltración linfoplasmocitaria perivascular; en otras, la infiltración celular se extiende a todas las capas de la pared vascular dando así el cuadro de una panvascularitis. Dentro de este tejido de granulación se reconocen islas de tejido muscular no afectado.

En los cortes tomados del centro de la tumoración se reconoce con dificultad el tejido de granulación mencionado antes.

GOMA SIFILITICO

Predomina aquí un infiltrado constituido preferentemente por polinucleares neutrófilos. Este infiltrado se extiende en algunos sitios al tejido muscular vecino.

La pared de la fístula está formada por un tejido necrótico o necrobiótico, reconociéndose en algunos sitios capilares neoformados parcialmente conservados.

Fémur: Osteocondritis sifilítica de primer grado. Periostitis osificante. Bazo: Infiltración linfoplasmocitaria perivascular de los vasos trabeculares; moderada reticulocitosis; congestión marcada, disminución de tamaño de los corpúsculos de Malpighio. Hígado: Hematopoyesis extensa. Páncreas: Pancreatitis intersticial discreta. Corazón: Infiltrado crónico abundante del pericardio y de los tabiques intermusculares. Aorta: escaso infiltrado crónico de la adventicia. Riñón: numerosos focos hematopoyéticos perivasculares en la sustancia cortical. Suprarrenal: escasos focos hematopoyéticos.

Se encontraron treponemas en frotis frescos tomados del hígado y de la tumoración y coloreados con tinta china. Así mismo se observaron abundantes espiroquetas en cortes de hígado y pulmón coloreados por el método de Levaditi, mientras que en cortes de la tumoración coloreados con esta técnica, no se pudieron poner en evidencia.

Diagnóstico: Sifiloma. Osteocondritis y periostitis sifilíticas. Pericarditis crónica. Aortitis sifilítica. Lesiones inespecíficas como hematopoyesis intensa en hígado y riñones.

Comentarios.

Hemos presentado el caso de un recién nacido prematuro, hijo de una madre con reacción de Kahn fuertemente positiva, hidramnios, con una relación feto-placentaria inferior a lo normal, hepatoesplenomegalia, lesiones radiológicas características de sífilis congénita, que murió a las 17 h. 45 m. de nacido y en cuya autopsia se evidenciaron lesiones específicas tanto al examen macroscópico como al microscópico. El hallazgo de treponemas en frotis frescos y en cortes preparados según Levaditi comprueba el diagnóstico.

Es evidente que estamos en presencia de un caso de sífilis congénita precoz. Este niño presentaba además una tumoración subcutánea fistulizada a nivel de la región supraclavicular de-

recha y cuya estructura corresponde a las formaciones descritas por Aschoff (11) y Virchow (12) como gomas y por Herxheimer (13) y Schneider (14) como sifilomas. Es doblemente interesante el hecho de que el goma que presentaba nuestro enfermo, se fistulizó antes del nacimiento dando salida a sus secreciones a la cavidad amniótica.

La autopsia demostró la existencia de lesiones periósticas a nivel de la clavícula derecha. Se presenta la duda de si fué la periostitis sifilítica el punto de partida del goma subcutáneo o si, por el contrario, fué el sifiloma subcutáneo la lesión inicial punto de partida de las lesiones claviculares. Este punto es imposible de resolver, pero, por ser las lesiones de periostitis mucho más frecuentes que los gomas en la sífilis congénita, nos parece más probable la primera hipótesis. Recordemos el caso de Chenu-Bordón, ya citado, en el cual un goma subcutáneo acompañado de una lesión ósea, se fistulizó posteriormente y dió salida a un secuestro óseo.

El extenso infiltrado que rodeaba la zona necrótica central podría atribuirse a la infección secundaria producida por el líquido amniótico al penetrar a través de la fistula; en contra de esta posibilidad está el hecho de no haberse encontrado bacterias en las paredes de la fístula. La infiltración inflamatoria podría explicarse también como una reacción de vecindad a la zona necrótica central. Reafirma esta explicación el hecho de haber observado uno de nosotros (B. de G.) en varios casos, la presencia de sifilomas abcesiformes en órganos profundos (pulmón, hígado).

La investigación de treponemas en cortes histológicos del goma fué negativa. Este hecho no invalida el origen sifilítico de la tumoración, de acuerdo con la opinión sostenida por numerosos autores. Uno de nosotros (B. de G.), tampoco pudo hallar treponemas en los cortes de sifilomas de diferentes órganos, en varios casos estudiados. Los treponemas encontrados en frotis frescos en nuestro caso tienen probablemente un origen sanguíneo y no tisular.

Resumen.

Se presenta el caso de un recién nacido prematuro en el cual se demostró la existencia de una sífilis congénita precoz, entre

GOMA SIFILITICO

cuyas manifestaciones se encontraba un goma sifilítico congénito, que se abrió a la cavidad amniótica.

Se presentan los resultados de la autopsia acompañados de estudios microscópicos.

Se hace recalcar la rareza de esta lesión en el recién nacido.

REFERENCIAS

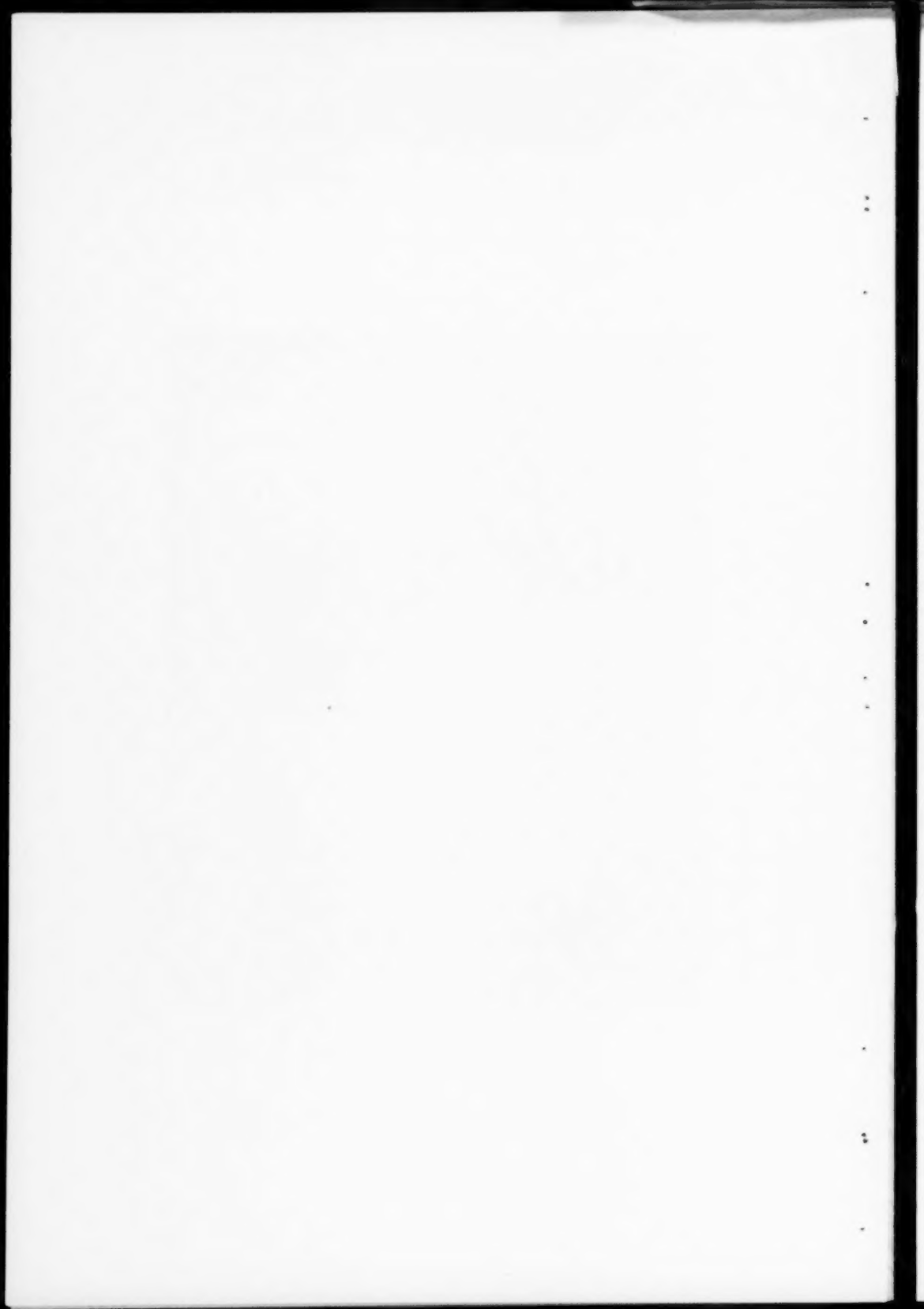
1. FINKELSTEIN, H.: "Tratado de las enfermedades del lactante", pg. 403. 3ª Edición. Edit. Labor S. A. Madrid, 1941.
2. PFAUNDLER, M. v.: "Tratado enciclopédico de enfermedades de la infancia", pg. 589. Tomo II. F. Seix, Editor. Barcelona. 1932.
3. HOLT, L. E. y HOWLAND, J.: "Tratado de Pediatría", pgs. 1.370-13737. Tomo II. Uteha. México. 1943.
4. TRILLAT y MAGNIN, P.: "Gomme syphilitique du tibia chez nouveau-né". Nourrisson 25:370; 1937.
5. CHENU-BORDON, J. C.: "Goma sifilítico subcutáneo en un recién nacido". Arch. de Ped. del Uruguay. 12:763, 1937.
6. MACCARINI, Hugo: "La lúes prenatal". Pgs. 81 y 221. Ed. El Ateneo. Buenos Aires. 1939.
7. OROPEZA, P.; MENDOZA, E. S.; CURIEL, D.: "La mortalidad y la mortalidad neonatal en Caracas. El problema del prematuro y su patología. Contribución al estudio de la patología del recién nacido." Primeras Jornadas Venezolanas de Puericultura y Pediatría. Vol. I. Ed. Grafolit C. A. Caracas. 1944.
8. OROPEZA, P. y col.: "El problema de la sífilis congénita en Venezuela. Pautas para su prevención, diagnóstico y tratamiento". Rev. de Sanidad y Asistencia Social. 15:5; 1950.
9. LANDER, Manuel María: "Sífilis congénita". Tesis de grado. Arch. Ven. de Pueric. y Ped. 7:407; 1941.

MAYZ LYON - SUCRE - GAVALLER

10. LLOYD, V. E. y RAWLINS: "Gumma of tongue in a congenital syphilitic". Brit. J. Ven. Dis. 19:42-44; 1943.
11. ASCHOFF, L.: "Tratado de Anatomía Patológica". Pg. 344. Tomo II. Edit. Labor S. A. Buenos Aires.
12. VIRCHOW, R.: Citado por Schneider (14).
13. HERXHEIMER, G.: Verhandl. d. Deutsch. Path. Ges. 144: 176; 1928.
14. SCHNEIDER, P.: Verhandl. d. Deutsch. Path. Ges. 177: 237; 1928.



Fig. 1.
Nótese localización lesión supraclavicular.



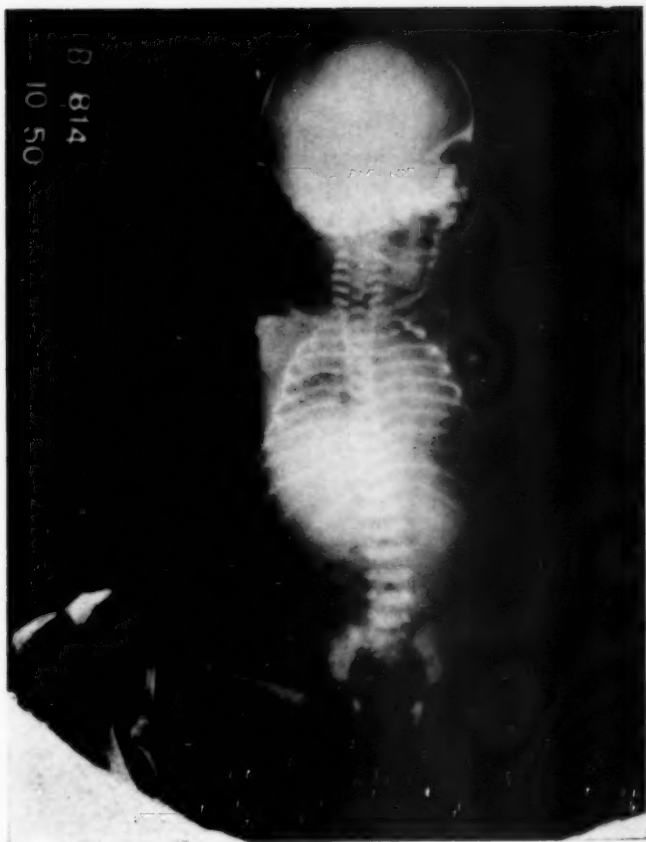


Fig. 2.
Aspecto radiológico de las lesiones óseas.



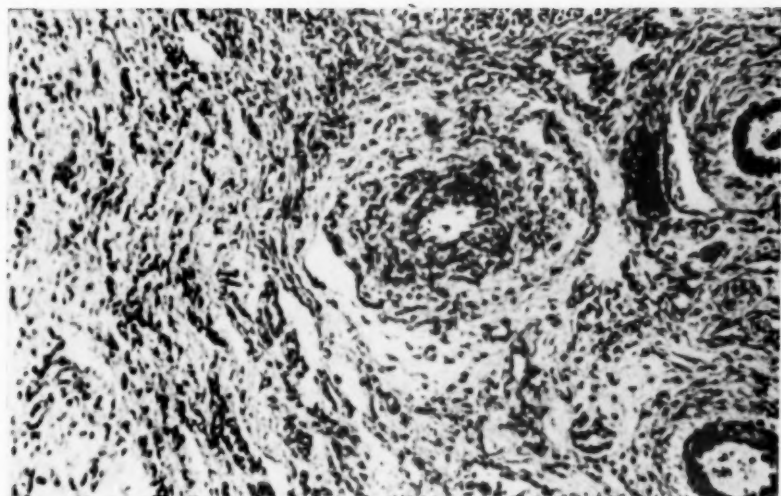
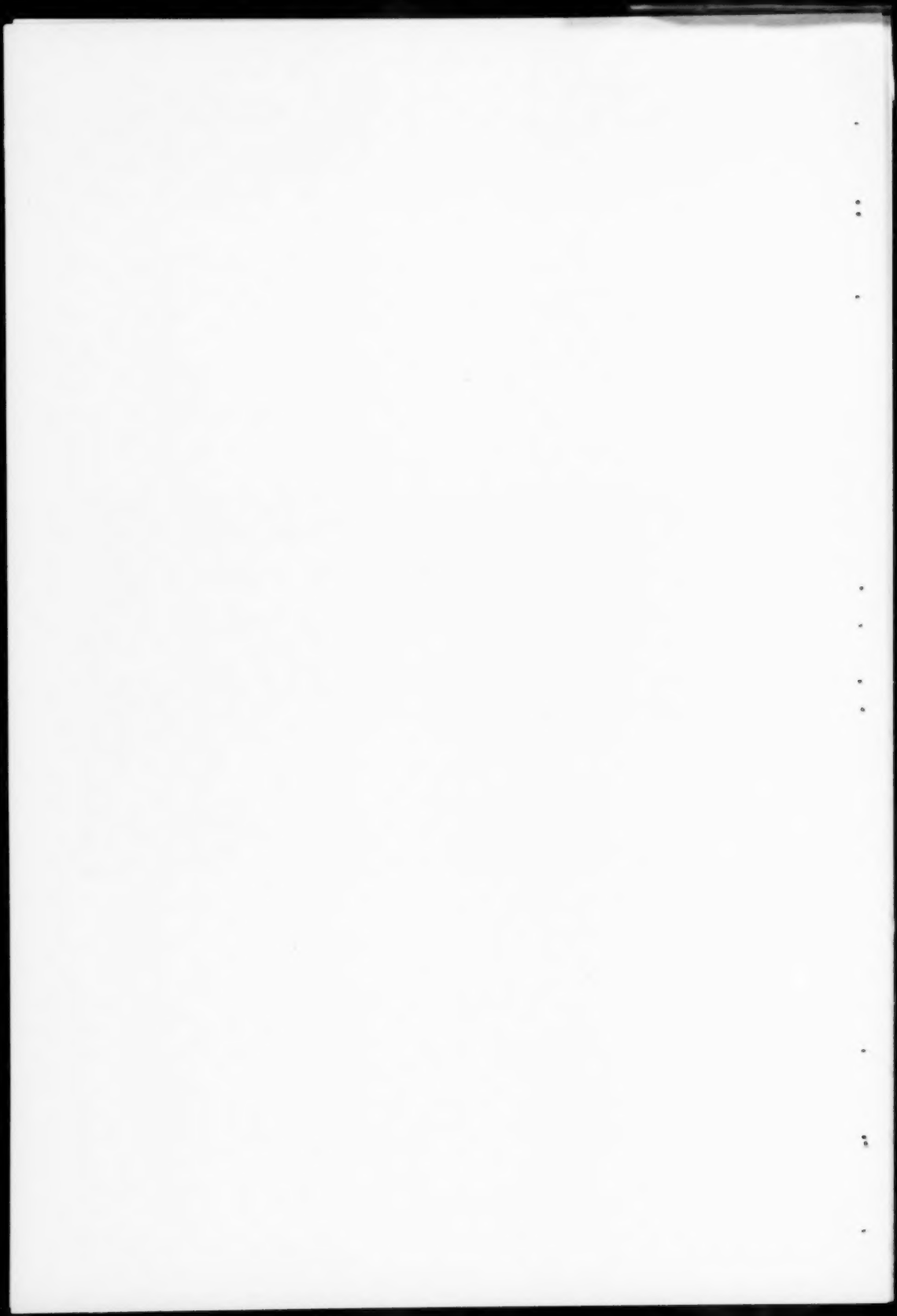
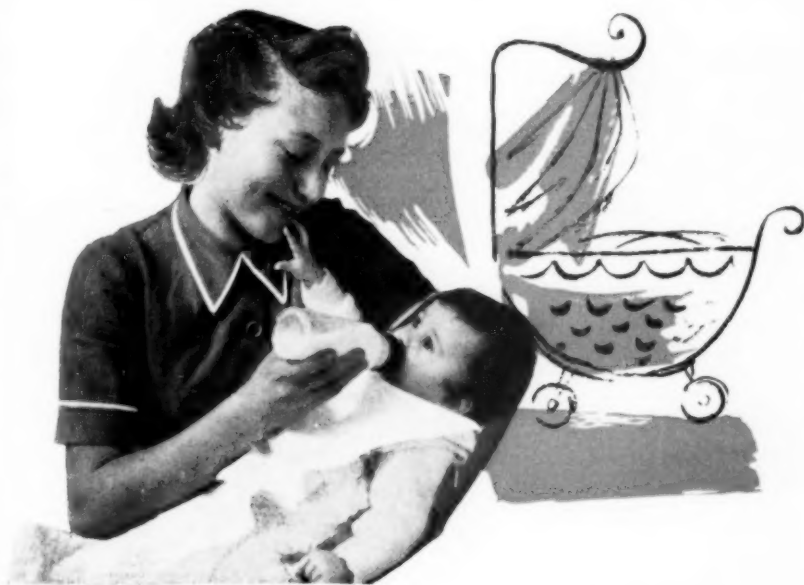


Fig. 3.
Panarteritis en un corte histológico de la lesión





SEGURIDAD PARA LA MADRE - SALUD PARA EL NIÑO

Una experiencia de más de 30 años en el dominio de la alimentación infantil al servicio de un equipo de especialistas de gran valor, activos y perseverantes, nos ha permitido poner a vuestra disposición una leche de calidad irreprochable. Cada año, millares de niños son alimentados con Leche Guigoz y millares de madres nos confirman la excelencia de la Leche Guigoz como sustituto de la leche materna.

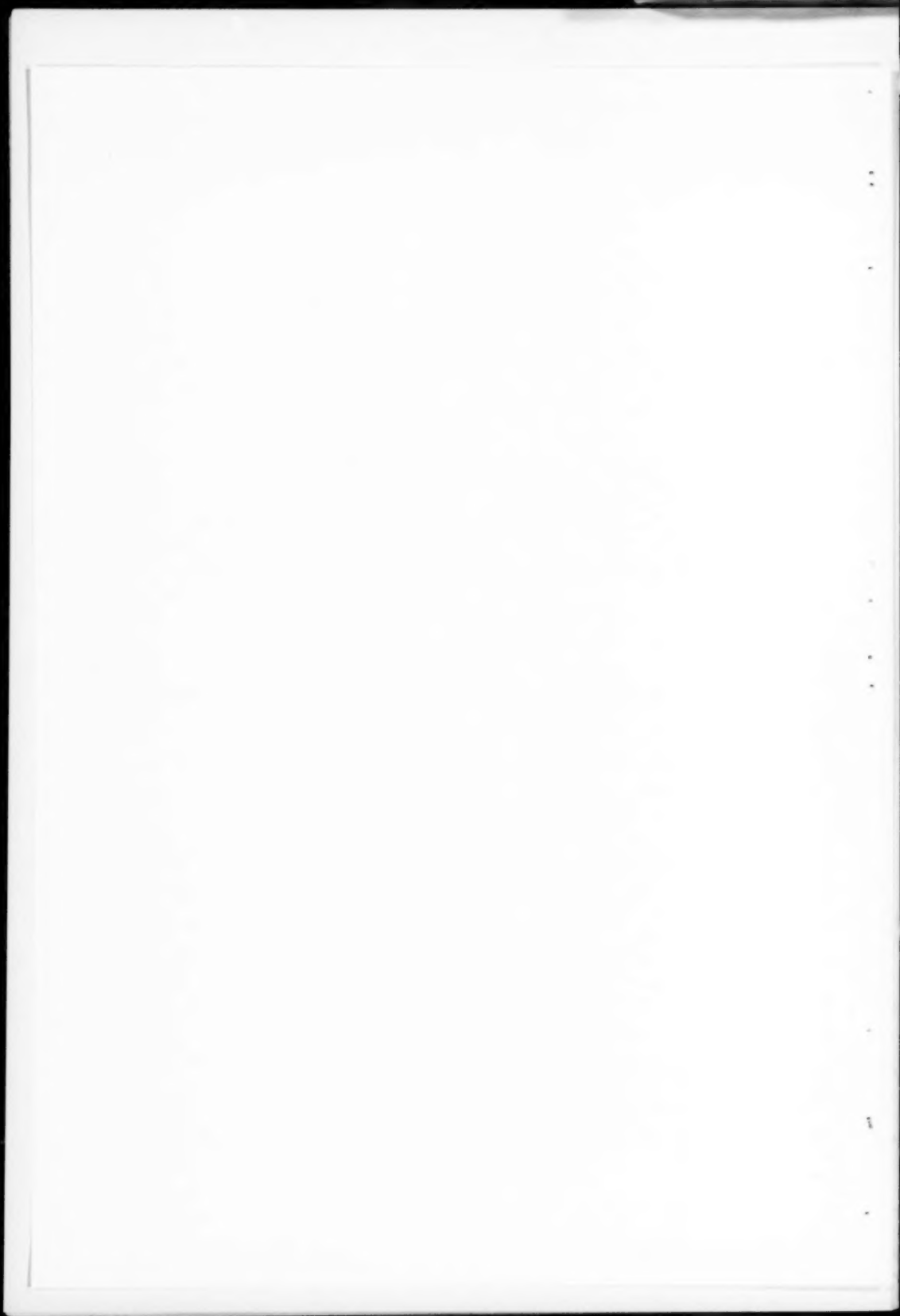
Guigoz

LECHE EN POLVO PARA LA ALIMENTACION INFANTIL

GUIGOZ S. A.
Vuadens
(Gruyère)
SUIZA



Agencia exclusiva
para el Venezuela
L. MIRANDA BAEZ
Apartado postal 843
CARACAS



PROBLEMAS PSICOSOMATICOS EN LA PRACTICA PEDIATRICA

Dr. FRANCISCO MIRANDA RUIZ

Los grandes adelantos en los estudios bacteriológicos y fisi-co-químicos del organismo humano enfermo, a partir de fines del siglo pasado, hicieron relegar a un plano muy inferior el aspecto emocional del hombre enfermo. En los últimos años se ha reaccionado contra esta tendencia, para darle la importancia que merece al factor psicológico en la producción de cuadros morbosos. La creciente importancia de la Medicina Psicosomática es uno de los aspectos más notables de la práctica médica de nuestros días.

Si bien esta concepción dual del organismo enfermo ya está presente en la mente de muchos médicos al tratarse de adultos, creemos que, en general, el Pediatra no se ha imbuído bien de la importancia que pueda tener el factor psicológico en la producción o mantenimiento de diversos cuadros patológicos que encuentra en su práctica diaria. Es con el propósito de llamar la atención de nuestros colegas Pediatras sobre este aspecto un tanto descuidado de la Medicina Infantil que hemos escrito el presente trabajo. A continuación presentaremos los principales cuadros patológicos de la infancia en los cuales interviene como factor preponderante o coadyuvante el factor psicológico.

APARATO DIGESTIVO

Es natural que sea este aparato en el cual se reflejen con mayor frecuencia los aspectos emocionales del niño. En efecto,

es a través de la boca y del ano, que el individuo obtiene la mayor parte de sus placeres durante las dos primeras etapas del desarrollo psicosexual, y es también durante las horas de comida que el niño tiene un gran intercambio emocional con su madre.

Anorexia.

Creemos que es con mucho el trastorno psicosomático más frecuente en la infancia. Casi siempre es producido por ansiedad de la madre sobre la cantidad de alimento que el niño ingiere. Otros factores psicológicos menos frecuentes son: miedos y fobias, casi siempre causados por los adultos, cambio de residencia, cualquiera circunstancia que le produzca rabia o pesar, celos por el nacimiento de un hermano, reacción contra disciplina demasiado estricta.

Los padres deben recordar que se puede confiar bastante en los propios instintos alimenticios del niño. C. Davis ha demostrado en sus experiencias, dejando a los niños la libre escogencia de sus alimentos, que aunque la dieta no sea balanceada un día, sí lo es en el curso de un tiempo más largo, por ejemplo un mes. De modo que no debe ser motivo de preocupación para los padres el hecho de que por unos días el niño sólo quiera comer una clase de alimento.

Con frecuencia se forma un círculo vicioso que comienza por algo que normalmente disminuye el apetito del niño, como una enfermedad febril o la disminución normal del apetito al fin del primer año. Entonces, la madre, ansiosa, trata de que el niño coma más y comienza por rogarle, luego le obliga y llega hasta golpearle. Naturalmente, el niño reacciona comiendo menos, lo que aumenta la ansiedad de la madre, quien duplica sus esfuerzos para hacerlo comer. La hora de la comida se ha transformado en una hora de lucha, de tensión, perjudicial tanto para la madre como para el niño. Prevenir tal estado de cosas es más fácil que corregirlo. Debe recordarse a las madres el efecto anoréxico de las enfermedades agudas, de la disminución normal del apetito hacia el fin del primer año debida a la rápida disminución de la rata de crecimiento a esa edad. Muchas madres piensan, aparentemente con razón, que como el niño está

PROBLEMAS PSICOSOMATICOS

más crecido debe comer más, por eso debe explicárseles la relación entre el apetito y el crecimiento.

Una vez establecido el problema, debe asegurarse a la madre de la bondad de los instintos del niño para que evite toda ansiedad a la hora de la comida, porque sabemos que es natural para una madre ponerse nerviosa cuando el niño rehusa comer. Sin la colaboración de la madre es imposible corregir este problema.

La madre eliminará toda tensión en la casa, especialmente a las horas de comida. Tratará de dar al niño sus alimentos preferidos y permitirá un tiempo razonable para comer, por ejemplo 20 minutos.

Si el niño rehusa, se retirará el plato sin dar muestras de disgusto o tensión. Frecuentemente es útil servir pequeñas porciones de alimentos en lugar de presentar de una vez un plato lleno. El gesto positivo de pedir más es mucho mejor que el rechazo de una parte de una gran ración.

Todo esto requiere tiempo y mucha paciencia. Posiblemente el niño coma aún menos durante los primeros días por estar acostumbrado a ser el centro de atención, pero siguiendo estos consejos con constancia se obtiene una disminución de la tensión en el hogar y mejor apetito para el niño.

Lo antes dicho no quiere decir que no deban indicarse otros tratamientos de orden médico para incrementar el apetito. Sólo pretendemos que se dé a los factores emocionales la enorme importancia que tienen en este problema, pues de lo contrario todas las medicinas fracasarían.

Vómitos.

Ataques de vómitos sin causa orgánica son frecuentes en los niños. Ansiedad, sustos, disgusto por otras personas pueden producir vómitos. Hostilidad de los padres o castigos demasiado severos pueden traer como reacción ataques de vómitos que el niño hace por venganza.

Recordamos varios casos de niños que vomitaban todas las

mañanas antes de ir a la escuela. Durante las vacaciones cesaban los vómitos. En la segunda infancia se ven ataques de vómitos en las niñas por identificación con su madre, que tiene vómitos del embarazo.

Constipación.

Muchos casos de constipación en niños son ficticios. Sucede, simplemente, que los niños no evacúan según el ritmo que sus padres esperan que puede ser una vez al día o cada dos o tres días. En los casos de constipación verdadera, apartando los de causa orgánica, queda una gran mayoría de etiología psicológica basada en una lucha entre la necesidad o el deseo de experimentar placer anal y el temor a ser castigado si esto ocurre. La educación del niño a evacuar a ciertas horas y en determinados sitios por medios demasiado estrictos y castigos severos es una gran causa de constipación, pues el niño llega a pensar que toda defecación es mala y disgustará a sus padres, lo cual lo lleva a retener el contenido intestinal el mayor tiempo posible.

Rápidamente se dan cuenta los niños de la importancia que le dan a sus defecaciones y de cómo se preocupan sus padres si no evacúan, aprendiendo pronto a retener sus heces para obtener más atención.

Colitis crónica ulcerativa.

Todo médico que ha tenido experiencia con enfermos de colitis crónica ulcerativa conoce la influencia de las alteraciones emocionales en la aparición y exacerbación de los síntomas y en la mejoría que se obtiene mediante tratamiento psicoterápico.

Prugh, en un estudio completo psicosomático de 16 niños con colitis crónica ulcerativa, encontró como rasgos psicológicos más sobresalientes: personalidad pasiva, muy dependiente de los padres, especialmente de la madre, a menudo narcisismo e inmadurez emocional, compulsión exagerada para cumplir con las reglas sociales y de disciplina, inhabilidad para expresar en modo efectivo resentimiento contra sus padres o cualquiera otra persona que represente autoridad.

PROBLEMAS PSICOSOMATICOS

Según Portis, la interacción de componentes emocionales y somáticos se hace por estímulo hipotalámico, que, a través de excitación parasimpática, da como resultado hipermotilidad e hipersecreción intestinal. Discute la posibilidad de que espasmos recurrentes puedan producir isquemia de la mucosa acompañada de disminución de la capa protectora de moco. Invasión bacteriana y autodigestión por enzimas pancreáticas desempeñarían papel en la producción de cambios estructurales irreversibles.

Cardioespasmo.

Es un trastorno psicosomático que se presenta con más frecuencia en la pubertad coincidiendo con un choque emocional. Representa un conflicto subconsciente entre la gratificación de ciertos impulsos prohibidos y su rechazo por otra parte de la personalidad. En términos sencillos puede decirse que traduce la imposibilidad de "tragar una situación".

Pica.

El apetito pervertido llamado pica, consiste en la exagerada ingestión de sustancias no comestibles, tales como tierra, arena, pelos, pintura, ceniza, etc. Aunque muchos casos se deben a un impulso para obtener ciertos minerales, especialmente calcio, no proporcionados por una dieta deficiente, otras veces es una reacción de compensación por falta de cariño en el hogar.

Metabolismo.

En algunas familias se da gran énfasis a la gratificación "oral". La madre muestra excesivo interés en gratificar a sus hijos por medio de la alimentación. Muchas veces es un esfuerzo subconsciente de la madre, de compensar su poco cariño con exceso de alimentos. Los niños no son enseñados a obtener placer por el juego, aprendizaje, contactos sociales, etc., sino que son demasiado protegidos y sobrealimentados.

MIRANDA RUIZ

Bruch, citado por Weiss y English, en un estudio de 140 niños obesos encontró inmadurez emocional, manifestada por falta de capacidad para cuidarse a sí mismos y enuresis en 40% de los casos. En el ambiente familiar observó fundamentalmente rechazo de los niños, compensado por excesiva protección y sobrealimentación.

Algunos niños, especialmente en la pubertad, no pueden adaptarse bien en un nuevo ambiente social, regresan a la gratificación oral, comen excesivamente, limitan sus actividades y, por consiguiente, engordan.

Todo esto muestra que la obesidad no es sólo un problema de glándulas y calorías, sino que hay otros factores psicológicos, íntimamente relacionados con este problema.

APARATO RESPIRATORIO

Asma.

El asma es uno de los mejores ejemplos de interacción entre la psiquis y el soma, en la etiología de una enfermedad. Ataques de asma pueden ser producidos por factores alérgicos solos, por factores emocionales solos o por una combinación de ambos factores.

Una idea puede ser un estímulo tan efectivo para un ataque asmático, como un alérgeno cualquiera. La localización pulmonar del estado emocional puede deberse a factores constitucionales, a una enfermedad o temor de enfermedad pulmonar, a imitación de ataques asmáticos observados por el paciente.

Se ha sugerido, que muchas afecciones respiratorias en la niñez, coincidiendo con una dependencia emocional excesiva hacia la madre, forman una combinación que puede producir asma. Un ataque de asma sería una especie de ataque de llanto, por temor o por rabia, que ha sido reprimido. En algunos casos de asma tratados con psicoterapia, los ataques asmáticos han sido reemplazados por ataques de llanto.

Espasmos de sollozo.

Más frecuentes de los dos a los cuatro años, generalmente se presentan como episodio terminal de un ataque de rabia. Se

PROBLEMAS PSICOSOMATICOS

produce un espasmo temporal de la laringe, acompañado de cianosis, sudoración, rigidez del cuerpo. Dura de pocos segundos a $\frac{1}{2}$ minuto. Algunos niños pronto aprenden la efectividad de este dramático fenómeno sobre sus familiares y lo usan cuando se les contraría.

APARATO GENITOURINARIO

Después de los trastornos psicósomáticos del aparato digestivo, la enuresis es el más frecuente en la niñez. Generalmente se reserva este nombre para la enuresis nocturna, mojada de la cama, después de la edad en que normalmente se ha adquirido el control de la vejiga, es decir, de los tres a los cinco años. La enuresis puede ser persistente desde el nacimiento o presentarse después de un período "seco". Excluyendo los casos en que un factor orgánico (fimosiis, clitoris adherente, espina bífida oculta, cistitis, epilepsia nocturna, parasitosis, etc.) pueda desempeñar papel etiológico, queda una vasta mayoría de carácter psicológico.

A veces la enuresis comienza cuando el niño es castigado por masturbarse, otras veces aparece por celos, para obtener más atención de sus padres que han tenido otro hijo. En niños rechazados por sus padres, puede presentarse la enuresis como elemento de venganza por el poco cariño que se les otorga. Por último, muchas veces se debe simplemente a mala educación acerca de cómo controlar su vejiga.

Por consiguiente, una vez descartadas las posibles causas orgánicas de una enuresis, no basta restringir la ingestión de líquidos, dar un sedante o atropina, sino que hay que ir al fondo del problema emocional y resolverlo. Las recompensas son útiles, pero no deben ser lo primordial. Nunca deben emplearse los castigos y mucho menos avergonzar a un niño por su enuresis.

MIRANDA RUIZ

SISTEMA NERVIOSO

Movimientos rítmicos de la cabeza o del tronco.

Generalmente no van acompañados de ningún trastorno emocional. Parecen ser debidos a una necesidad intrínseca de ritmo. En niños mayores puede ser un mecanismo de gratificación muy infantil, como una manifestación de inmadurez intelectual.

Tics.

Son espasmos rápidos, frecuentemente repetidos, de grupos localizados de músculos, generalmente en la cara. A veces, la irritación es el factor principal, pero casi siempre están asociados con un trastorno emocional. Con frecuencia, estos niños están siendo estimulados más allá de sus capacidades físicas o mentales, creando un ambiente de tensión.

El tratamiento debe dirigirse hacia el conflicto psicológico y no hacia el tic. La atención del niño debe desviarse del hábito y por ningún motivo castigarle o avergonzarle.

LENGUAJE

El trastorno psicossomático más frecuente del lenguaje es el tartamudeo. Consiste en la imposibilidad de hablar fluidamente, por incoordinación y espasmo de los músculos del lenguaje. Hay dos tipos: el tipo tónico, en el cual la voz se detiene repentinamente, y el tipo clónico, en el que una emisión de voz es repetida varias veces.

Los síntomas que son característicos, muchas veces van acompañados de otras manifestaciones de inestabilidad emocional. Muchos tartamudos son capaces de controlar su lenguaje por medio de movimientos de otras partes del cuerpo.

La historia de tartamudos muestra que el trastorno generalmente empieza después de una experiencia que produjo miedo, o que reactivó miedos preexistentes. Obligar a un niño zurdo a cambiar de mano, frecuentemente desencadena tartamudeo. El miedo causa no sólo trastornos del lenguaje y del ritmo res-

PROBLEMAS PSICOSOMATICOS

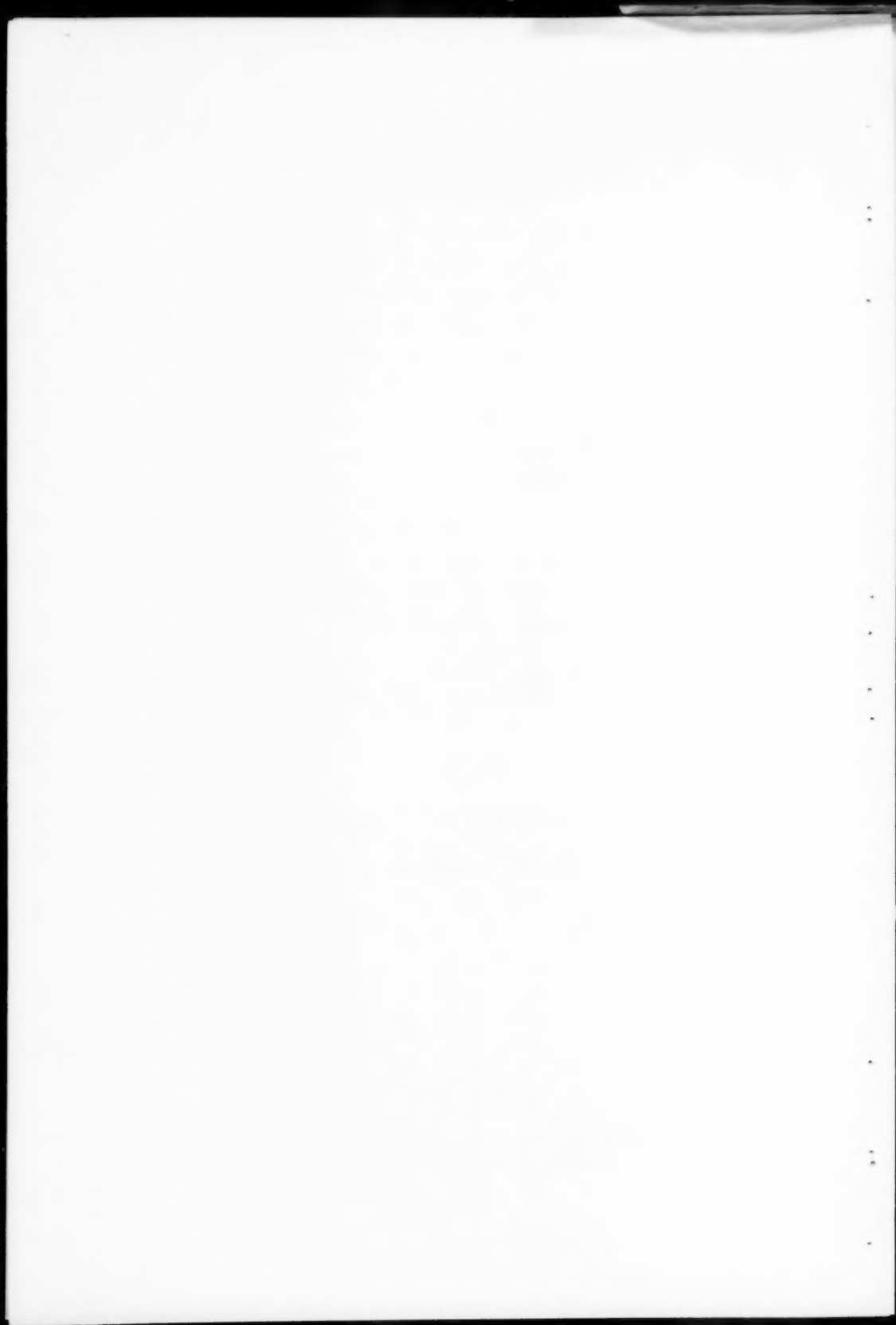
piratorio, causa también un paro en el desarrollo psicosexual y su regresión a la etapa anal u oral. La regresión hace que el niño use el lenguaje, no como un medio de comunicación, sino como un vehículo para sus impulsos eróticos y agresivos.

El sentimiento de inferioridad que produce el trastorno ocasiona mayor nerviosidad y, por consiguiente, más tartamudeo, estableciéndose así un círculo vicioso.

El tratamiento es muy difícil. Debe ser una combinación de reeducación y psicoterapia.

PIEL

La urticaria de origen psíquico en niños no es excesivamente rara. Recordamos haber visto dos casos, uno a consecuencia de un susto y otro por un ataque de rabia.



PEDIATRIA SOCIAL

¿SE PUEDEN ATENUAR EN LOS NIÑOS LOS EFECTOS NOCIVOS DE LA SEPARACION DEL HOGAR AL COLOCARLOS EN UNA INSTITUCION?

J. Roudinesco y M. David

Courrier, 2:255, 1952

En el curso de los últimos 50 años, bajo la influencia de la medicina, la higiene y el trabajo social, se ha reconocido que en ciertas circunstancias era de importancia vital para los niños separarlos de la madre enferma y de seres en cuyo hogar la miseria y la falta de higiene ponían sus días en peligro. Médicos e higienistas han contribuido grandemente a la creación de instituciones modelo ("aerium"; colonia de reposo al aire libre, "preventorium", preventivos, "creche", Gota de Leche, "pouponniere", guardería infantil), donde los niños pueden ser educados en perfectas condiciones materiales. Todo el mundo tiene el convencimiento de que un niño está mejor en una buena institución que en un hogar muy pobre, y en los trabajos sociales, en los que hay que hacer frente a muy grandes miserias, la colocación en una institución es la mejor solución.

Así, los médicos han visto en la hospitalización un modo de mejorar la calidad de las atenciones facultativas y de efectuar en excelentes circunstancias, los exámenes indispensables para un diagnóstico rápido y exacto; por ello, están animados a pedir más y más la hospitalización de sus enfermos.

Todas estas medidas han contribuido indiscutiblemente a reducir de modo impresionante la mortalidad infantil, probando de este modo el acierto y la necesidad de aquella medida.

Sin embargo, los datos más recientes de la psicología del desarrollo infantil muestran la importancia primordial de una protección materna estable, que asegure al niño amor y cuidados para que llegue a ser un adulto sano. Toda la salud mental ulterior depende en gran parte de esta primera expe-

Sección a cargo de la Dra. Lya Imber de Coronil.

riencia de las relaciones del niño con su madre. Una ruptura de este nexo, una interrupción de los cuidados maternos adecuados, ya sea por negligencia maternal o por la mala calidad de los que la reemplazan, sin poner en la obra la constancia, la intimidad y el amor de ella, serán, sin duda, motivo de perturbación en la personalidad infantil. Se sabe que un niño tiene la necesidad de vitaminas, de luz, de sol, para convertirse en un adulto sano; no hay necesidad de probarlo, pero se debe saber por adelantado, que tiene indispensablemente necesidad de cuidados maternos continuos y eficientes, especialmente durante los primeros años de su existencia.

En confirmación de lo expuesto, numerosos autores han fijado su atención sobre las perturbaciones mentales, graves y muchas veces incurables, que pueden sobrevenir a los niños pequeños separados de sus padres e instalados en instituciones; estas perturbaciones habían escapado a la atención de los científicos, ya que estaban enteramente absorbidos por la lucha contra las enfermedades corporales. En los casos ligeros pasaban inadvertidas y en los casos graves se consideraban a menudo como de origen congénito. Los trabajos recientes muestran cómo nacen estas perturbaciones, cómo se desarrollan, y cómo a falta de tratamiento pueden persistir después del regreso del niño a su hogar, seguidas de alteraciones psíquicas definitivas.

Es por eso importante llamar la atención de los pediatras de asistencia social y de todos los organismos de socorro a la infancia, hacia la necesidad de tratar de encontrar nuevas soluciones a los problemas que tienen por resolver. Hacer los exámenes de laboratorio en el momento de las consultas, para evitar hospitalización, y con este fin modificar la orientación de aquéllas para que puedan llegar a ser centros de diagnósticos; acortar al máximo el tiempo de hospitalización; llevar una ayuda a la casa antes que sacar al niño de su hogar; animar a los padres a encontrar una solución, colocándolo durante el día y recogiendo en la tarde: tales son las medidas que permiten muchas veces evitar la separación.

Sin duda hay casos en que ninguna otra solución, si no es la de la separación, puede ser adoptada; por ejemplo, cada vez que la permanencia en el hogar materno constituye un peligro físico real para el niño; no se puede dejar a una madre tuber-

PEDIATRIA SOCIAL

culosa en contacto con su hijo; ni en manos de una madre que le descuida en exceso y le somete a castigos corporales. Por otra parte, una separación brutal y definitiva tendrá también consecuencias muy graves.

En cualquier caso, sólo un examen minucioso, que tome en cuenta los factores fisiológicos y psíquicos, podrá ayudar a tomar una decisión. Pero sabiendo la gravedad de las perturbaciones que pueden venir de una separación seguida de la colocación en una institución, sería necesario, antes de tomar tal decisión, ensayar todos los medios posibles para mejorar el hogar. A este efecto, es importante saber que la ayuda materna es casi siempre insuficiente por sí misma, si no está reforzada de una ayuda psicológica del padre, para lo cual es necesaria la utilización de un servicio social especializado. Se conocen a este respecto los servicios inestimables proporcionados por la asistencia social, de acuerdo con la formación psicológica, psiquiátrica y psicoanalítica que se logra en los países anglosajones. Cualesquiera sean esa formación y los esfuerzos hechos en el sentido indicado, es evidente que no se podrán suprimir jamás totalmente ni las separaciones ni los internamientos, al menos temporales, en una institución, y es entonces cuando hace falta preguntar cuáles son los medios a poner en práctica para atenuar sus efectos dañinos.

Principios fundamentales.

Para llegar a resolver los numerosos problemas concernientes a los cuidados que hay que prodigar a los niños separados de sus padres, sería necesario tener un conocimiento más completo que éste de que disponemos; del mecanismo psicológico que entra en juego cuando se separa al niño y tiene que adaptarse a un nuevo medio, es proceso que casi siempre termina en perturbaciones graves, descritas por numerosos autores; entre esas perturbaciones, la indiferencia "vis a vis" del mundo exterior, indiferencia afectiva, ocupa el lugar más importante. Si esta indiferencia no se sobrepone durante los primeros años del niño, acaba en un retraso profundo de su desenvolvimiento total, complicado generalmente con incapacidad para entrar en contacto con la realidad, y próximo, en los casos más graves, a una casi total anulación de aquél. Un cierto número de

niños escapados a esta destrucción psíquica total, inmediata, parece adaptarse a un nuevo medio y continuar desarrollándose intelectualmente, pero presenta ulteriormente una dificultad especial para las relaciones afectivas, y se sabe que la indiferencia u oposición en este sentido es una de las grandes causas de la delincuencia. En fin, incluso entre los niños que después de una separación más o menos larga se encuentran con sus padres, se puede ver surgir toda una serie de perturbaciones neuróticas que comprometen la expansión satisfactoria del niño en el seno de su familia.

Ahora bien, la observación de los niños en nuestra institución muestra, a través de su comportamiento, signos de sufrimiento y signos de adaptación difícil que hemos tratado de describir en otra parte; ellos permiten superar las dificultades que se encuentran en equilibrio en el nuevo medio que les es impuesto. Su comportamiento significa un modo de adaptación o también un sistema de defensa inconsciente, que les garantiza una apariencia de seguridad inmediata. Los mecanismos psicológicos utilizados a este efecto son a menudo destructores; entre ellos se cuentan el aislamiento, la desviación del adulto, la apatía, la inercia psíquica, añadido todo a las diversas perturbaciones señaladas.

El principio fundamental de nuestro trabajo es, pues, buscar el alivio al sufrimiento del niño mediante una comprensión que atenúe las dificultades, que elimine todo lo que es fuente de miedo, de inseguridad, mediante el conocimiento de las necesidades infantiles, para intentar satisfacerlas.

Preparación para la separación.

Es un principio de higiene mental bien establecido la necesidad de preparar a los niños para hacer frente a las situaciones emotivas de traumatismo. Se puede evitar así un golpe inicial, que el niño no es siempre capaz de soportar. Cada vez es más necesario tratar de hacer comprender al niño cuál será el desarrollo de su experiencia, y hacerle comprender también la posibilidad de la separación, y que ésta no significa nunca la desaparición total de lo que hasta determinado momento ha conocido.

Es éste un punto muy delicado, pues el niño antes de los

dos años no tiene noción de la "constancia" de las cosas; vive exclusivamente en el presente, y para él "lo que no es más, ya no existe". Cuando su madre se va, ya no existe, especialmente si todo el marco de las costumbres de su vida desaparece al mismo tiempo. La separación es, por tanto, más amenazadora y se convierte como en un abandono total. Pasados los dos años, el niño empieza a tener una vaga noción de la persistencia y del retorno posible después de una separación de corta duración; puede ya hablar y comprender algunas cosas. A pesar de esto, y aun cuando haya adquirido ya una cierta madurez intelectual que le permita comprender algunas nociones simples como "mamá va a regresar", la experiencia prueba que el niño de esta edad no asimila emotivamente tales propósitos; es por lo que no hace falta esperar mucho de las preparaciones verbales que consisten en explicar al niño lo que le va a suceder.

Por el contrario, los niños a esta edad se complacen en las historias y animan la imaginación a través de ellas; experimentan los mismos sentimientos de sus héroes favoritos, con los que están prontos a identificarse. Es posible contar al niño historias, jugar con él los juegos en que animales, personajes y ficciones diversos se encuentran en situaciones diferentes que él conocerá pronto; darle a conocer, a través de sus emociones, aquéllas a las que él tendrá que enfrentarse, haciéndole observar los motivos de apasionamiento, de consuelo, y, en particular, la esperanza del retorno. En estas historias los sujetos abandonados pueden estar tristes, desesperados, a veces muy enfadados en contra de sus padres ancianos o jóvenes; pueden estar medrosos; pero luego se hará intervenir a los elementos tranquilizadores que tienen interés en la nueva situación, y la historia termina con un regreso en que el niño está a veces todavía enfadado, pero con motivo del cual los padres le acogen cariñosamente y saben consolarle y volverle a la serenidad, mostrándole que nada ha cambiado.

Lo que el tierno niño tiene necesidad de saber, ante todo, es que continúa siendo amado; que su madre no se ha enfadado y que ella regresará. Tiene necesidad también de saber que otras personas pueden ocuparse de él sin peligro, que su madre conoce y aprueba a estas personas y que puede amar-

las. Dichas personas no reemplazan a la madre, pero están allí para ayudarla.

Cualquiera que sea la actitud de la madre, la experiencia enseña que la sola manera de prepararla a la separación no consiste tanto en hablarle para darle explicaciones, sino más bien en animarla o permitirle experimentar la ansiedad y todos los sentimientos complejos que puede experimentar por su hijo y con motivo de la separación.

Es éste el mejor modo para evaluar las posibilidades de una madre y para poder dosificar lo que se le pueda pedir, en qué se le pueda ayudar y qué es conveniente hacer por ella. Es también el mejor modo para volverla permeable a los consejos que se le den, pero de los que a menudo no tendrá necesidad, ya que encontrará por sí misma los mejores medios para conformarse y para preparar al niño. Por cierto, para un pediatra y una asistente social no especializada, esta tarea puede parecer difícil; por tanto, en la mayoría de los casos, si conocen bien la existencia de estos problemas psicológicos, pueden encontrar intuitivamente la manera de darles solución. Esto muestra el interés que había de incluir en la formación de las bases de la asistente social y de los médicos, nociones de psicología de la primera infancia, que les ayudarán a hacer frente a ese género de problemas.

La separación.

En el mismo momento de la separación hay otras cosas que pueden ayudar al niño y a la madre a soportar esa prueba forzosamente penosa, si existe una ligadura estrecha entre los dos.

Algunas mujeres prefieren salir precipitadamente, otras tienen necesidad de prolongar el adiós.

A menudo, arrancando rápidamente al niño de los brazos de su madre, se evitan los llantos de aquél y se rompe la tensión emotiva. La cuestión es en realidad delicada: querer evitar a todo trance que el niño llore, equivale a querer negar lo que le sucederá. Es seguramente mejor que el niño se sienta confuso al principio y que llegue a descubrir poco a poco que no está perdido, antes que verle soportar con quietud un estado de cosas en que no toma parte por el momento, pero que ter-

PEDIATRIA SOCIAL

minará por descubrir en la ausencia de su madre. Sin embargo, es cierto que la emoción inmediata experimentada por el niño cuando se realiza la separación, puede ser tan fuerte que dé la impresión de que le hace daño. Es esto inevitable, en particular si en el momento de la separación se deja prolongar las emociones de la madre, o si éstas se ajustan a las del niño; es la persona que toma el niño a su cargo la que debe procurar ayudar a la madre a hacer el gesto decisivo.

Sin duda, una madre capaz de suficiente serenidad, ayudará considerablemente a su niño, y si puede llevarle hasta su cuarto, desnudarle ella misma y ponerle en la cama, puede ser que le comunique su tranquilidad y le haga creer que regresará.

Pero no se puede pedir mucho a una madre que está ella misma presa de sus emociones. Aquí la aptitud de la enfermera y de la educadora juegan un papel importante. Ellas deben evitar ocuparse del niño directamente; mientras la madre esté allí, para el niño sólo la madre cuenta en ese momento; pero mostrándose dulces y comprensivas delante de la madre, ellas ayudarán a ésta a tener confianza en los cuidados que se ofrecen al niño, calmarán su inquietud y le ayudarán a separarse de éste suavemente. Es sólo después de haberse ido la madre, cuando la tarea de consolar al niño incumbe a la persona a quien se le ha confiado: aquí también las dificultades la esperan. Nuestra experiencia nos ha enseñado que muchos niños presentan síntomas de angustia intensa, no dejan que se acerquen a ellos, y, sin embargo, si se les deja solos, lloran desesperadamente. Es importante llamar la atención sobre la inutilidad de tomar, llevar, mimar al niño, mientras rehuse los consuelos; pero se le puede ayudar estando tranquilos a su lado o cerca, hablándole y acechando los momentos en que él comience a considerarnos con interés. Hace falta ofrecerle con disimulo un apoyo, para que se calle a toda costa.

Ocurre a menudo que cuando el niño nos admite cerca de sí se vuelve dominante y exigente, absorbiendo mucho de nuestro tiempo, lo que es difícilmente compatible con la organización de la mayoría de las instituciones.

¿Qué se puede esperar de todos estos procedimientos preliminares de la vida en una institución? No seguramente suprimir las tristezas del niño o los sentimientos de vacío dejados por la

ausencia maternal. Es posible que los mayores, que ya han adquirido una cierta independencia, sean capaces, en las condiciones descritas, de soportar bien una separación corta. Pero en la mayoría no se evitará que experimenten la tristeza y el sufrimiento que impone la adaptación a un nuevo género de vida en ausencia de la madre; sin embargo, se puede esperar que sea más cómodo al niño no dejarse dominar por esta experiencia y sobreponerse a sus emociones, aprovechando los cuidados de la sustitución.

El niño en la Institución.

No abordaremos más aquí los problemas del niño colocado en el seno de una familia. En todos los países casi todos los organismos sociales están de acuerdo en que es preferible la vida del niño en familia a su colocación en una institución; se conocen, a este respecto, los resultados notables de la asistencia pública de Francia, que llega a asegurar en los campos un número considerable de hogares fijos para sus pupilos. Pero cuando el niño que se va a colocar ha estado ya perjudicado, las cuidadoras encuentran dificultades que no llegan a resolver por sí mismas. En ciertos casos, la ayuda de la asistente social a las cuidadoras es suficiente para vencer las dificultades; en otros casos, la naturaleza de los problemas en cuestión requiere de parte de aquéllas una formación especializada; en todos, en fin, sólo el tratamiento psicoterápico del niño puede permitirle la adaptación al hogar. En todos los casos, la cuidadora no puede ayudar al niño, para quien ella no puede ser nada por sí sola; para ésta comienza entonces el ciclo infernal de desorientaciones sin fin.

1) *Efectos dañinos de los desplazamientos múltiples.* — A menudo estos desplazamientos de la infancia no parecen dañinos a los adultos que encuentran que el niño se consuela y se habitúa rápidamente, tanto más cuando él tiene ya experiencias anteriores. De otra parte, no conociendo el comportamiento del niño en la familia, el adulto que se ocupa nuevamente de él, relaciona todo su comportamiento con la naturaleza de su carácter y con la manera como lo han educado. El niño es tratado de "caprichoso", "mimado", "malo", "perezo-so", "apático", "indiferente", etc., pero espontáneamente poca

PEDIATRIA SOCIAL

gente se para a considerar sus caprichos, su maldad, su apatía o su indiferencia como reacciones ante un cambio de existencia. En efecto, muy distinto es el juicio de quien tiene la ocasión de seguir al niño en los trabajos de sus desplazamientos.

Es una experiencia que hemos podido tener en el interior de la institución donde continuamos nuestro trabajo. En el curso del viaje del lazareto al hogar, encontramos en muchas casas de niños las causas de las alteraciones de su comportamiento. Tal niño, que parece estar adaptado sin pena al lazareto, se transforma desfavorablemente en el momento en que pasa al hogar, tal otro se aísla, y parece que el cambio de medio provoca en unos reacciones de angustia muy marcadas, acentúa en otros ciertas modalidades de resistencia y hace aparecer en otros nuevos signos de desadaptación.

Nosotros hemos igualmente comprobado un abatimiento de la personalidad en los niños que inicialmente estuvieron en la institución y volvieron después de haber sufrido varias hospitalizaciones e internamientos.

En fin, y sobre todo, encontraremos desplazamientos múltiples en el pasado de los niños que han llegado gravemente dañados a la institución.

He aquí los hechos que merecen ser estudiados de manera más sistemática, pero que son suficientes para convencerse del daño de los desplazamientos. Esta es la razón por la cual sería deseable ver al niño ir directamente de su hogar al hogar de la cuidadora o a la institución, donde debe quedarse durante el tiempo de la separación, sin pasar previamente por un centro de recepción o de selección.

Al menor riesgo de coger una enfermedad contagiosa, los niños necesitan ser hospitalizados. Innumerables son los casos de niños que durante uno o dos años no han conocido sino una serie de desplazamientos a través de los hospitales o centros de selección, antes de ingresar en una institución o en un hogar permanente; todos están en un estado alarmante, ajenos a una fácil adaptación a un nuevo hogar. Por estas razones, nos parece útil prever en el interior mismo de la institución una organización que evite desplazamientos inútiles y permita el tratamiento de las enfermedades no graves, sin recurrir a la hospitalización.

En fin, cuando la hospitalización del niño no puede ser evi-

tada, es ventajoso hacerlo regresar al mismo hogar o a la misma institución.

Hemos observado, en efecto, que ciertos niños han demostrado angustia intensa en el momento de dejar la institución, aunque su adaptación no parecía buena; pero estaban contentos de haber encontrado de nuevo sentimientos de consuelo y de esperanza, que provocan una adaptación más agradable y también grandes progresos en el desarrollo infantil. Así mismo, los más pequeños, que no dan, propiamente hablando, señales de agradecimiento, mostraron un contento de adaptación que no tenían durante su primera estancia. Sabemos, por otra parte, que este contento de adaptación no es forzosamente una señal favorable y puede ser seguido de un abatimiento, de una disminución de posibles reacciones; esto viene a confirmar la importancia que hay que darle al niño ya traumatizado y debilitado en el medio que él ya conoce, que representará para él menos dificultades de adaptación y podrá ayudar a atenuar los efectos traumáticos de desplazamientos anteriores que no pueden ser evitados.

2) *Actitud de los adultos frente a los niños.* — En las casas que acogen niños de 1 a 4 años, edad en la que dependen totalmente de los adultos, la manera como éstos se ocupen de ellos es un factor esencial de su adaptación.

Hemos mostrado, por otra parte, que los niños presentan señales de sufrimiento y de adaptación difícil, señales consistentes en perturbaciones diversas del comportamiento. La adaptación del niño depende grandemente de la manera como esas perturbaciones son reconocidas y tratadas por los adultos que los cuidan.

En algunos casos, estas señales de sufrimiento pasan inadvertidas y el niño tiene el riesgo de no ser ayudado; en otros casos son molestados por una incompatibilidad con la vida colectiva. Tienen entonces los adultos tendencia a querer "doblegar" al niño a la regla colectiva por los medios educacionales y correctivos generalmente acostumbrados. Es ésta una actitud ineficaz y siempre nociva, que no sirve ni para hacer desaparecer un comportamiento molesto. Este comportamiento no es realmente más que un síntoma, una modalidad de la expresión del sufrimiento, de los conflictos de los niños, y si desaparecen bajo los diversos efectos de presión ejercidos

PEDIATRIA SOCIAL

por el adulto, son reemplazados por otras perturbaciones que pueden ser menos molestas para la colectividad, pero más graves para el niño. Por ejemplo, se llega a vencer la agresividad destructora de un niño castigándole, aislándolo o sujetándolo; pero tales medidas tienen el riesgo de que recaigan sobre él la apatía y el desinterés por el mundo exterior.

Lo que hace falta es aliviar el sufrimiento, que es la causa del incorrecto comportamiento. Por esto hace falta, de un lado, "dejar al niño experimentar sus sufrimientos" hasta que él quiera y por los medios que tiene a su disposición. No se le puede hablar, explicar su infortunio; él no puede hacer más que vivirlo a través de llantos, de cólera, de actitudes agresivas o de retraimiento. Pero el niño, solo frente a sus emociones intensas, se encuentra todavía más turbado y sumergido, "tiene necesidad de encontrar la comprensión y el sostén cerca del adulto", con el que puede entonces establecer un nexo. No se trata, para el adulto, de una simple "tolerancia", de "dejar hacer" al niño para no contrariarlo. Le debe seguir atentamente en sus actos, captar lo que él experimenta y mostrárselo otra vez en una calurosa comprensión.

Pensamos que a través de esta "expresión-comprensión" puede establecerse un vínculo entre los niños y la educadora, del que depende toda la adaptación del niño a la colectividad.

Por ello, toda la organización de la institución debe estar subordinada a esta necesidad.

Sin embargo, para los niños separados de sus familias, establecer relaciones con un adulto desconocido puede ser fuente de mayores dificultades. Hace falta, pues, poder tolerar las dificultades del niño, seguirle a través de sus vacilaciones y de sus conflictos, y para esto, desplegar mucha paciencia, dulzura y comprensión.

Solamente una mujer amante de los niños, que encuentre placer real por el hecho de estar entre ellos, es capaz de comprender sus necesidades, de soportar el enervamiento y la fatiga que no pueden faltar en una colectividad de pequeños, y de sostener la actitud que hemos descrito. Esta actitud implica una gran igualdad del humor y de la alegría; exige posibilidades de abnegación poco comunes y un equilibrio efectivo y satisfactorio. Es difícil a las educadoras mantener este equi-

brio indispensable al éxito de su trabajo, y de soportar física y moralmente un trabajo tan absorbente, que exige el dominio de sí mismo.

¿Dónde encontrar educadoras capaces de asumir esta tarea? ¿Entre qué marcos profesionales? Es cierto que no existe todavía formación profesional especializada a este efecto; las puericultoras están más educadas para la higiene medicinal y los trabajos del Jardín de Infancia son más aptos para desarrollar el intelecto de los niños. Los unos como las otras participan del mismo interés espontáneo por las cuestiones del niño, y parece que aquí ellas pueden adquirir fácilmente una completa formación profesional, haciendo cursos especializados en los centros de trabajo bajo el control psicológico.

3) *Organización de la institución.* — Toda la organización de la institución debe, pues, estar cuidadosamente dirigida a dar al niño la posibilidad de utilizar el sostén y el apoyo de un adulto con quien pueda establecer un nexo.

Para esto hace falta antes que nada, que una misma y sola persona se ocupe enteramente de él, persona que pueda dar a cada niño la atención que él necesita, y por esto no puede asumir la carga de un número elevado.

Seis niños juntos parecen bastantes. Son el máximo que pueden adoptar las instituciones organizadas en pequeños hogares. Es inútil regular de una manera estricta la vida de los niños en el interior de los hogares; cada educadora tiene el deseo de organizar "su cuarto" y la "vida de sus niños" según sus necesidades individuales, sus deseos y sus gustos personales. Será suficiente que los niños puedan llevar una vida lo más parecida posible a la que llevaban en sus hogares. Es decir, deberán ser levantados, lavados, vestidos y alimentados como lo eran por su familia; deberán ser entretenidos, paseados e interesados en las actividades propias de su edad. Lo importante para una educadora es llegar a encontrar el ritmo de la vida que conviene a sus niños, mantener constancia en su organización y en sus actividades frente al niño, respetar lo más que ella pueda la individualidad y las necesidades de cada uno.

Es evidente que sólo una persona que viva con los niños llegará a conocerlos verdaderamente y a interesarse por ellos.

Todas estas consideraciones muestran la necesidad de or-

PEDIATRIA SOCIAL

ganizar las instituciones para los niños como "hogares" con personal fijo y sin admitir que se utilicen tres equipos de trabajadores repartidos en las 24 horas.

Sin duda es difícil conseguir personal residente, encontrar personas capaces de soportar la vida de la institución. Pensamos que sólo una institución cuya organización tenga en cuenta las necesidades de las educadoras, podrá encontrar un personal estable. No se puede, naturalmente, pedir a las educadoras que consagren toda su vida al trabajo; es indispensable que puedan encontrar un justo equilibrio entre la vida profesional y su vida propia, de manera que mantengan dicho equilibrio afectivo, que es, por otra parte, la mejor manera de acertar con los niños.

Aquí intervendrá la vigilancia del Director de la institución, quien debe velar porque la organización de la casa sea adaptada a las necesidades del personal, tanto como a las de los niños.

Esta organización debe permitir a las educadoras expansión durante las horas en que los niños duermen, disfrute de esos momentos de libertad, y posibilidades de descanso; se deben prever los permisos semanales y anuales, permitiéndoles compensar los rigores de la institución. En fin, y, sobre todo, el Director debe poder reunir y agrupar a su alrededor a sus educadoras, guiarlas en sus tareas difíciles, ayudarlas en toda clase de entretenimientos individuales y colectivos para mejor sentir la naturaleza de los problemas a los cuales ellas deben hacer frente, y permitirles buscar los medios aptos para resolverlos por cuenta propia, antes que por la imposición de métodos rigurosos.

En resumen, una institución no puede ofrecer un máximo de seguridad y bienestar para una colectividad infantil, si no está dirigida y administrada por una persona extremadamente calificada con un conocimiento perfecto de su profesión y una comprensión profunda de los problemas psicológicos que afectan la vida residencial, tanto para el niño como para los adultos.

Sin embargo, muchas instituciones no están todavía organizadas en "hogares" de niños. Sabemos que modificar completamente su estructura representa un trabajo considerable, para el que no existen siempre posibilidades inmediatas.

ROUDINESCO - DAVID

Creemos que estas medidas parciales pueden ser introducidas para atenuar los efectos nocivos:

- 1) Por de pronto, dividir la colectividad en grupos menos numerosos.
- 2) Evitar que los niños, como en muchas instituciones, se conviertan en pequeños paquetes anónimos numerados, sujetos a ciertas prescripciones y sometidos, como quien dice, a una cadena.
- 3) Mantener una constante organización en la casa y en el personal, así como en las distribuciones de las tareas.
- 4) Tales son las medidas que permitirían a los adultos un mejor conocimiento de los niños, y a los niños poder guardar su individualidad, habituarse a una rutina y aprovechar los cuidados de los adultos.

Formulamos el deseo de que exista un control mucho más severo en las instituciones de los niños. Hay todavía demasiadas casas y administraciones que ignoran todas las reglas elementales de higiene mental de la infancia, y que subordinan la vida de los niños a las necesidades de una rueda administrativa rígida e inhumana, o a los cuidados de higiene pura, utilizando un personal totalmente inepto; tan es verdad esto, que para muchos todavía "no importa quién" pueda cuidar a los niños.

CONCLUSION

De todo esto, resulta que el niño separado de su madre debe ser tratado con gran miramiento, si se quiere que la separación no ofrezca el riesgo de repercutir en las perturbaciones graves y más o menos grandes de la personalidad.

La necesidad esencial del niño es encontrar cerca de un nuevo adulto una calidad de cuidados de sustitución que le permitirán mejor soportar la separación. El niño tiene necesidad de comunicar su pena, su miedo, su ansiedad a una per-

PEDIATRIA SOCIAL

sona que le comprenda, le tranquilice, con quien pueda establecer un vínculo y de quien pueda recibir con largueza caricias y cuidados. Las organizaciones en "el hogar" de la institución necesitan de condiciones materiales y una calidad de personal fuertemente costosa, pero indispensable al bienestar de los niños.

En tanto no existan las instituciones de este tipo, importa hacer un esfuerzo considerable para aminorar las condiciones desfavorables; resultaría seguramente menos caro prevenir las perturbaciones que curarlas.

No obstante, parece mucho mejor que, en vez de crear nuevas instituciones, se estimule la creación de centros de cuidadoras.

Se sabe que el precio de un día de colocación en el seno de una familia es de cuatro a diez veces menos elevado que el de un día de institución. Para acertar en su tarea, los centros antes nombrados deben ofrecer, sin embargo, ciertas garantías de seguridad. Hace falta que el reclutamiento de cuidadoras sea suficientemente grande para evitar a los niños esperar en un centro apartado sus colocaciones y permitirles pasar directamente de su hogar al hogar de la cuidadora. Además hay, tanto cuidadoras como educadores de la institución a quienes no importa que no puedan cuidar al niño. Esto implica que el centro sea una organización fuertemente constituida, que el Director tenga una formación bastante calificada y con un equipo de trabajadores sociales y de psicólogos capaces de seguir a los niños a intervalos aproximados y regulares y guiar a las cuidadoras en su trabajo. Asimismo, equipar un centro de cuidadoras será más económico que una institución, y permitirá atender mejor a las necesidades de los niños.

DECESO

El día 4 de mayo de este año dejó de existir en Caracas el Profesor Dr. Vicente Peña, uno de los grandes valores de la medicina nacional. El Dr. Peña desempeñó por un cuarto de siglo la Cátedra de Farmacología y Terapéutica de la Universidad Central. Además de sus excelentes dotes de profesor el Dr. Peña se distinguió por su gran corazón, su gran sentido clínico y como un hombre de vastísima cultura general. De la Pediatría también se ocupó, dejando 9 trabajos sobre la materia, entre los cuales merecen notarse: "Los heredosifilíticos", que fué su trabajo de incorporación a la Academia Nacional de Medicina; "La emetinoterapia en la amibiasis de los niños", "Valor terapéutico de la eliminación de algunos medicamentos", etc. Los "Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría" lamentan profundamente la muerte de tan insigne maestro y se unen al duelo de sus familiares.

HOMENAJE

El día 30 de julio se llevó a efecto un homenaje en honor del Dr. Juan Iturbe, notable científico e investigador venezolano. El homenaje fué dado por el Instituto Nacional de Higiene del cual formó parte el Dr. Iturbe por muchos años. El Dr. Iturbe se ha dedicado desde joven a la investigación en el campo de la Patología Tropical e infinidad de trabajos llevaron su nombre por todo el mundo. Los "Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría" felicitan al homenajeado y desean que por muchos años más siga recogiendo los frutos de la notable labor científica que ha desempeñado con tanto éxito.

SALUDO DE REGRESO

Procedente de los Estados Unidos de Norte América a donde fuera en viaje de salud, se halla de nuevo entre nosotros y al frente de la Dirección del Hospital de Niños "José Manuel de los Ríos" el Dr. Humberto Arroyo Parejo. Saludamos al distinguido pediatra y le deseamos que continúe con todo éxito la labor que ha venido desempeñando al frente de nuestro primer Hospital de Niños.

PREMIADO

El Dr. Oswaldo Vigas, joven pediatra venezolano, recibió en el Ateneo de Valencia (Edo. Carabobo), el premio de pintura "Arturo Michelena" por su cuadro "Mujer maternal". El Dr. Vigas, este mismo año, como ya sabemos, recibió también el Premio Nacional

CRONICAS Y NOTAS

de Pintura y el Premio Boulton. En el mes de octubre, el Dr. Vigas partió rumbo a Francia a perfeccionar sus estudios en Pediatría y en Pintura. Deseamos al colega una provechosa estadía en la capital de Francia.

CARTAS AL DIRECTOR

Mar del Plata, noviembre 5° de 1952.

Señor Profesor
Dr. Pastor Oropeza.
Quinta Bariquejera.
La Florida.
Caracas.

Distinguido Profesor:

Los días 26, 27 y 28 de marzo de 1953, se han de llevar a cabo en esta ciudad de Mar del Plata, las "IV Jornadas Argentinas de Pediatría", para cuya realización he sido designado Presidente.

Es en mi nombre y en el de los pediatras argentinos que nos sentiríamos altamente honrados con su presencia, pues su figura de excepción en la pediatría, daría el máximo realce científico a nuestra Jornada.

Asimismo, nos permitimos solicitar a Ud. hiciera extensiva esta invitación a sus colaboradores, cuya preparación y solidez científica sería tan útil en la discusión de nuestros temas.

En momento oportuno, han de recibir el plan de orientación y trabajo de esta Jornada.

Con la esperanza de que nuestra especial invitación sea factible de realizarse, reciba las expresiones de respetuoso afecto.

Dr. MARIANO PALA
Presidente

LIBROS

Pediatría - XXI Curso de perfeccionamiento. 1952. Instituto de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil - Dr. Luis Morquio. Montevideo. — Impresora: P. I. G. U. - Cerrito 740 - Montevideo. — Ha llegado a nuestra mesa de redacción "PEDIATRIA", tomo correspondiente al XXI Curso de Perfeccionamiento realizado en el Instituto de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil de Montevideo. Como siempre, notables trabajos ratifican la solidez y excelente preparación de los pediatras uruguayos.

Los temas pediátricos tratados en el susodicho Curso tienen los siguientes títulos:

Aureomicina en Pediatría, por el Dr. EUCLIDES PELUFFO.

Adenitis Abdominales en el Niño, por el Dr. VELARDE PEREZ FONTANA.

Obesidad en el Niño, por el Dr. JULIO A. BAUZA.

Invaginación Intestinal Aguda Ileo-Ileal en el Niño, por el Profesor Agdo. R. B. YANNICELLI.

Trastornos Nutritivos del Lactante, por el Dr. ALFREDO U. RAMON GUERRA.

Los conceptos actuales de la Puericultura y de la Pediatría y sus proyecciones sobre la Docencia, por el Dr. CARLOS M. BARBEROUSSE.

El Niño Espástico y sus Problemas, por el Profesor Agdo. R. CARITAT.

Complicaciones tardías de la Diabetes Infantil, por la Doctora MARIA LUISA SILDUN DE RODRIGUEZ.

Tratamiento de la Tos Convulsiva, por el Dr. HECTOR MOURIGAN.

Los Problemas Radiológicos del Hilio en su relación con la Clínica, por el Dr. R. E. TISCORNIA.

Espina Bífida, por el Profesor Agdo. Dr. ALFREDO RODRIGUEZ CASTRO.

Sífilis Congénita en Primera Infancia, por el Dr. JOSE M. PORTILLO.

Entre ellos resalta el capítulo de "Trastornos Nutritivos del Lactante", por el Dr. ALFREDO U. RAMON GUERRA, Profesor interino de la Cátedra que una vez dirigiera el gran Morquio. Pocas veces hemos leído un "mise au point" tan preciso y tan erudito como el que aquí comentamos. La perturbación nutritiva en el lactante, eje de la morbilidad de los países de Hispanoamérica, es señalada en toda su importancia y a la luz de los últimos conocimientos sobre nutrología, lo mismo que el mecanismo de defensa investigado a la luz de los trabajos de SELYE en su ya clásico "síndrome de adaptación general". Los pediatras venezolanos tienen ahí una magnífica fuente de orientación y de enseñanza.

Pastor Oropeza.

Primer Congreso Venezolano de Cirugía. — Relatos oficiales, contribuciones y discusiones. — Organizado por la Sociedad Venezolana de Cirugía, 12 al 16 de marzo de 1951. - 536 págs. Editorial Sucre. - Caracas, Venezuela. — En formato de cuarto mayor, bien impreso en papel lustroso, pero en un volumen pesado y poco manuable como un tomo de Memoria Ministerial, nos presenta en su parte inicial los Estatutos de la Sociedad Venezolana de Cirugía, la lista de sus miembros y las designaciones para la realización del congreso, entre ellas el Dr. Pedro Blanco Gásperi, Presidente, y el Dr. Leopoldo López, Secretario General. Sigue luego la nómina de los miembros del Congreso y el discurso en la sesión inaugural de las Jornadas Médicas de las cuales formaba parte este Congreso, discurso a cargo del Presidente Blanco Gásperi, quien se refiere a la significación de la reunión y a la obra adelantada por la Sociedad Venezolana de Cirugía.

Comenta los congresos médicos celebrados en el país en cumplimiento del mandato de la Ley Orgánica de la Academia Nacional de Medicina, el cual pautaba que dichas reuniones se celebrarían cada dos años en diferentes ciudades de Venezuela. Gracias al dinamismo del Dr. Luis Razetti estos congresos totalizaron cinco inclusive el último celebrado en Maracay en 1926. En 1941 se promulgó la nueva Ley de la Academia y se suprimió lo referente a los congresos, posiblemente por considerarse que aquella disposición era letra muerta, pues habían transcurrido 15 años sin darle cumplimiento. La nueva Ley, sin embargo, estipula para la Revista "Gaceta Médica" de Caracas, su publicación dos veces al mes y su repartición gratuita entre los médicos.

El resto del volumen contiene los temas oficiales y los temas libres. Los temas oficiales versan sobre el estado actual de la cirugía biliar en Venezuela, poradenia rectal y cirugía del tiroides. El Doctor R. Baquero González, relator del tema cirugía biliar, lo presenta sin caer en largas repeticiones de lo dicho en los libros y acertadamente compila en forma práctica y jugosa los aspectos clásicos principales y las modernas adquisiciones; usa razonablemente la bibliografía sin manifestar desprecio por ella, y la anota y la cita correc-

tamente; expone la propia experiencia y la de sus colegas y logra su cometido a cabalidad. Los dibujos y fotografías, magníficamente seleccionadas, ilustran sobriamente la exposición, sin caer en ese recargo de gráficos más o menos inútiles que a veces abulta esta clase de trabajos. El trabajo del Dr. Baquero, dentro de las posibilidades de nuestros medios hospitalarios, no deja nada que desear. Sin embargo, salta la necesidad de una más efectiva colaboración y mejor organización de los Servicios de Laboratorio y Anatomía Patológica; en cuanto a esto último, por ejemplo, el Dr. Baquero, en la discusión del tema, al responder los planteamientos del Dr. Rodolfo Urrutia, paladinamente declara (Baquero) que los datos de Anatomía Patológica disponibles (al menos los del Hospital Vargas), prefiere no incluirlos porque son minoría. La misma deficiencia se puede notar respecto a las consideraciones bacteriológicas invocadas también por el Dr. Urrutia, pues en ningún sitio se menciona el estudio correspondiente. Entre los siete correlatos a este tema, merece destacarse el del Dr. Coronil y colaboradores, acerca de la colangiografía y colangiometría pre-operatoria.

El tema de Poradenia Rectal lo presentan los Dres. M. Pérez Carreño y R. Jaffé. El primero enfoca con preferencia los aspectos clínicos y terapéuticos dentro de una disertación cuajada por la experiencia de quien lleva más de 20 años dedicado a esa enfermedad, y fué el primero en señalar en Venezuela en 1932 las relaciones entre la *Miyagavanella lymphogranulomatis* y la estenosis del recto. Se captan desde el primer momento los profundos conocimientos del relator y su facilidad para dominar esta materia. A pesar de esto, su exposición "a manera de ponencia", según frases del propio Pérez Carreño, resulta más bien una lección de clínica quirúrgica que nos recordó la época estudiantil cuando éramos sus discípulos; no es precisamente una ponencia de congreso en el sentido dado a esta clase de trabajos tendientes a dictar normas para la redacción de votos, resoluciones y recomendaciones, verdaderas finalidades del congreso.

Los correlatos de Valencia Parparcén y Louis y de Valencia Parparcén y Lechín, sobre tratamiento médico y aspectos y frecuencia de la Linfogranulomatosis rectal respectivamente, constituyen parte medular de la ponencia, porque aportan la evidencia y el análisis de una casuística bien estudiada. Lo mismo se aprecia en el trabajo de R. Baquero González sobre tratamiento quirúrgico. En la discusión de esta ponencia no aparece insertada sino sólo la intervención del Dr. Julio Arraga Zuleta, quien se limita a exponer conceptos etiopatogénicos sobradamente conocidos y a reseñar muy brevemente datos de casuística observada por él.

La ponencia sobre cirugía del tiroides la respalda el Dr. P. Blanco Gásperi, que en Venezuela es uno de los más asiduos operadores de tiroides y su más entusiasta representante. Cuatro años antes de este congreso, en ocasión de su incorporación a la Academia Nacional de Medicina, presentó un trabajo intitulado "Mi primer centenar de ti-

roidectomías" (Reimpreso de la "Gaceta Médica" de Caracas, Año LV 7-12 abril-junio de 1947). El trabajo del Dr. Blanco Gásperi en este congreso como relator de la ponencia, si se nos permite el uso de un término de las artes plásticas, viene a ser una réplica, o mejor, una reedición del trabajo mencionado, modificado convenientemente en la introducción para adaptarlo a la nueva contingencia. Como aportes recientes, intercala algunos párrafos; textos que antes figuraban en párrafos seguidos, ahora los trae en aparte. Además, presenta un nuevo título sobre cirugía del tiroides en dos o tres tiempos. Al final de la ponencia, en los 37 puntos del resumen y conclusiones, también se leen tres o cuatro que son nuevos. Poco o casi nada encuentra el lector en esta ponencia que no se lea en los libros de texto, y por eso hallamos justa la apreciación del autor, cuando dice que su trabajo está desprovisto de citas de erudición y de disgresiones de tipo científico.

De las tres ponencias presentadas, ésta fué la más ampliamente discutida, pues intervinieron diez médicos, de los cuales, un endocrinólogo, el Dr. Miguel Ruiz; un anatomopatólogo, el Dr. Alberto Rivero, y ocho cirujanos. La Comisión que estudió esta ponencia se expresó en el sentido de que ella "contempla un conjunto muy importante de enseñanzas y se permite recomendar las conclusiones". Integran dicha comisión los Dres. J. Mármol Luzardo, Pedro Salom y Víctor Brito.

Además de las ponencias oficiales del congreso, el volumen que nos ocupa trae más de 45 trabajos sobre muy diversos asuntos, rotulados como temas libres, cuya lectura y discusión tuvieron lugar en el corto tiempo de dos sesiones vespertinas y dos sesiones matutinas. La concurrencia de estos temas libres son prueba del gran interés de la celebración de este Primer Congreso de Cirugía, realizado gracias al tesonero esfuerzo de la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Cirugía y especialmente de su Presidente el Dr. P. Blanco Gásperi, merecedores de todo reconocimiento y felicitaciones por el éxito logrado.

José Barnola.

Alimentación del lactante. — Técnica y Educación alimenticias. — Profilaxis de los estados carenciales. — Por Arturo M. de San Martín, Pp. 76, con 3 láminas y 5 figuras en el texto. Editorial Artécnica, Buenos Aires, 1952.—Este pequeño volumen, escrito en primera persona, refleja, aparentemente, las ideas personales del autor y no el criterio de la Cátedra de Puericultura de la Facultad de Medicina de Buenos Aires de la cual es profesor adjunto.

Creemos interesante anotar varios puntos en que la opinión del autor difiere del criterio generalmente sustentado en los medios internacionales. Recomendamos, en todos los casos, complementar la lactancia materna con leche de vaca no diluida, basado en la relativa pobreza en proteínas de la leche de mujer. No parece dar importan-

cia a las diferencias cualitativas entre las proteínas de la leche de vaca y las de la leche de mujer, que explican el mayor valor biológico de estas últimas. Prescribe rutinariamente barbitúricos pre-prandiales para evitar los vómitos. No menciona las diferencias entre los vómitos verdaderos y las simples regurgitaciones. Opina que la mayoría de los recién nacidos son "neurópatas" y adscribe a un origen neuropático las diarreas de esta edad, por lo que aconseja tratarlos con láudano. En las diarreas que complican afecciones respiratorias altas, recomienda el uso de un sulfamido de pobre absorción general (Taliltiazol). Indica en forma sistemática el golpe vitamínico con 600.000 u. de vitamina D, cada 3 meses y además aceite de hígado de bacalao o sustitutos a la dosis de 5.000 u. de Vitamina A y 500 a 800 u. de Vitamina D diariamente, durante todo el primer año. No menciona la intoxicación por Vitamina D.

Estos y muchos otros conceptos hacen interesante para el especialista la lectura de este pequeño libro.

G. T. E.

Bibliografía Pediátrica Venezolana. (Breves apuntes para su historia). — Segundo Premio del Concurso Nestlé de Puericultura y Pediatría 1951. — Doctor Guillermo Degwitz Celis. — Publicaciones Biogen. — Editorial Grafolit, Caracas 1952. 220 páginas dos gráficas.— El avance de la Medicina y la preparación y redacción de escritos médicos requieren indispensablemente el concurso de la Bibliografía. Por eso cualquier esfuerzo que facilite su conocimiento se recibe como obra meritoria y de provecho. Este es nuestro saludo al libro que tenemos delante. Entre otras cosas nos pone de manifiesto la difícil tarea de la compilación bibliográfica en nuestro medio, más todavía cuando la emprende por sí mismo un médico entregado al ejercicio profesional. Sólo el propósito de ser útil y una gran voluntad, como la del autor, suplen la organización de trabajo secretarial que supone la revisión siquiera de los sumarios de las revistas y la anotación perenne de ficheros; a la verdad en parte cumplidos en este caso por la meritoria Fundación Biogen y el hombre indiscutido en Venezuela en materia bibliográfica e historia de la Medicina, Dr. Ricardo Archila, para quienes el Dr. Degwitz, en honrosa frase y bajo el título de agradecimiento, significa que sin tan valiosa ayuda hubiera sido imposible la realización de su trabajo. Por otra parte, la Fundación Biogen no vaciló en distinguir esta publicación con su pie de imprenta.

La simple ojeada de sus páginas muestra la ausencia de ciertas publicaciones; de momento creímos innecesario señalarlas en esta nota. Una lectura más detenida y unas rápidas confrontaciones nos muestran que las omisiones son más numerosas y algunas muy importantes, tanto por el renombre de sus autores como por su contenido;

casi no creíamos posible que pudieran haber pasado inadvertidas. En primer lugar, por ejemplo, se puede señalar algo de lo escrito sobre higiene escolar por el Dr. Francisco A. Rísquez, publicado en un volumen titulado *Discursos y Conferencias*, editado en 1926, con prólogo del ilustre Lisandro Alvarado. También, en cuanto a la bibliografía de hace más de 25 años se excluyen publicaciones de C. M. Velázquez, Villegas Ruiz, Alfredo Machado, Van Stenis, etc. En la bibliografía reciente aparece incompleta la obra del Profesor Pastor Oropeza; no se citan: *El Problema de la sífilis congénita* (laureado en concurso del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social); ni sus artículos sobre la leche ácida de Marriot, avitaminosis, síndromes de carencia y la escarlatina en Venezuela.

Entre los escritos del Dr. Agustín Zubillaga se omiten: *Síndromes Carenciales*; contribución al conocimiento del tifus exantemático, 6 observaciones en menores de 10 años; tratamiento del paludismo infantil; sobre rubeola y malformaciones congénitas.

En el índice de autores y en el índice de materias no están las importantes publicaciones pediátricas del Profesor Dr. Ernesto Vizzarrondo: Meningitis a Salmonella (primer caso en Venezuela); pleuresías purulentas en el Hospital de Niños; bilharziosis clínicamente simulando una leucemia aguda; eritema nudoso, contribución a su estudio y el escorbuto en Venezuela, este último en colaboración con el Dr. Gustavo Machado.

El nombre del Dr. Rafael Vegas, internacionalmente conocido, no figura en el índice de autores y en el índice de materias falta la referencia de una de sus publicaciones.

La importante publicación del Dr. Guillermo Flores Chacín acerca de los cuatro primeros casos descritos en Venezuela de meningitis a Hemophilus influenzae, tampoco está catalogada.

Igual suerte corrieron algunos escritos de los doctores Guillermo Rangel, Lya Imber de Coronil, Manuel María Lander, Hernán Méndez C., H. Landaeta Payares, Pedro J. Alvarez, Barrera Moncada, Tovar Escobar, Murzi D'Alta, J. A. Rodríguez Delgado, Ruiz Velutini, A. Rodríguez Delfino, Andrade Delgado, Luis Dao, Daniel Orellana, R. Ramos Calles, F. Hermógenes Rivero, F. Conde Jahn, Alfredo Borjas, Elías Benaróche, R. Baquero González, C. H. Trompiz, G. Galanti, Briceño Iragorri y Carlos Luis González, etc.

El índice de materias, en vez de ser un simple índice alfabético, se ordena en conceptos propios del autor sobre nosografía y temática médica. Por ejemplo, bajo el membrete de *Varios encasilla* un caso de mongolismo junto al espasmo del sollozo y la pancreatitis intersticial aguda tífosa; más luego, la bacteriología del líquido cefalorraquídeo y seguidamente cuatro casos de Leishmaniosis visceral y un caso de séptico piohemia del recién nacido. En otro renglón, con el título de *Fiebres y Enfermedades*, cataloga otra publicación sobre kala-azar, otro caso de fiebre séptica del recién nacido, la estadística de un servicio hospitalario de niños y la relación de una autopsia.

La manera de hacer las referencias carece de uniformidad, y muchas incorrecciones se pueden señalar en las abreviaturas, cifras, etc. Algunas publicaciones citadas en el índice de materias no figuran en el índice de autores. La clasificación por años de publicación, a la cual dedica cerca de 60 páginas, no nos parece de utilidad bibliográfica. Las gráficas de frecuencia de producción individual y por años, las consideramos de poco interés y tienen el inconveniente de resaltar errores tan grandes como colocar en último lugar a los Doctores Agustín Zubillaga y Ernesto Vizcarrondo, quienes son punteros en el progreso pediátrico y que han aportado a su favor muy valiosas y numerosas publicaciones, inadvertidas en esta recopilación.

En sus breves apuntes para la historia de la Puericultura y la Pediatría en Venezuela, olvida el *Instituto de Investigación Pediátrica, de Caracas*, y las cátedras de las Universidades de los Andes y del Zulia; ni se menciona que desde hace muchos años existía la cátedra de Pediatría, la cual se encomendó primero al Dr. Luis Felipe Blanco y luego al Dr. Luis Ramos Sucre, según consta en el libro de toma de posesión de Cargos de la Secretaría de la Universidad Central. Además, deja en el tintero el *Instituto Pro-Infancia, de Maracaibo*, creado antes de 1936. Excluye de sus comentarios casi todas las obras modernas de la iniciativa privada desde la ya desaparecida *Gota de Leche*, transformada luego en *Instituto Simón Rodríguez*, el *Hospital Ortopédico Infantil* que patrocina Eugenio Mendoza, la fundación Micheleina para el *Sanatorio Antituberculoso Infantil*, el *Hogar Clínica* de los Hermanos de San Juan de Dios, el *Hospital de Niños de Valencia* y quizás otras que nos escapan a la memoria.

Creemos que esta *Bibliografía Pediátrica Venezolana*, del Dr. Guillermo Degwitz Celis es la primera manifestación de una actitud permanente del autor en estos asuntos y no un hecho aislado y pasajero con ocasión de un certamen Nestlé. En atención al galardón obtenido en este concurso y dada la importancia que tiene la obra para la Pediatría Venezolana, merecería completarse con la publicación de un folleto de *fe de erratas y addenda*; al menos es posible que el autor tenga compilado el material para una segunda edición con las publicaciones de los años 1951 y 1952 en la cual con toda propiedad podría insertar aquello de *corregida y muy aumentada*.

José Barnola.

REVISTA DE REVISTAS

CONTENIDO:

RESUMENES CLASIFICADOS DE ARTICULOS DE INTERES PEDIATRICO

I. — RECIEN NACIDO. PREMATURIDAD. MALFORMACIONES CONGENITAS

	<u>Pág.</u>
Metiltestosterone en prematuros	318
Catarata congénita y viruela materna	318
Parotiditis en el embarazo y malformaciones múltiples del niño	318
Síndrome de Klippel-Trenannay	319
Malformación congénita quística del colédoco	319

II. — ALIMENTACION. NUTRICION. METABOLISMO

Palidez en el escolar	320
Actividad proteolítica de las heces	320
Valor nutritivo del agua de cebada	320
Vitamina D a dosis masivas	321
Galactosemia	322
Tratamiento de la distrofia del lactante	322
Trastornos dentales y deficiencias nutrimentales	323
Biopsias hepáticas en niños nigerianos	323

III. — ENFERMEDADES DIARREICAS

Estafilococo en la gastro-enteritis	324
Diarrea epidémica del recién nacido	324

IV. — ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGUDAS

Imágenes radiográficas en el sarampión	325
Viruela en el prematuro	325
Permeabilidad de las meninges a la penicilina	325
Tratamiento de las meningitis con cloramfenicol	326

V. — ENFERMEDADES INFECCIOSAS CRONICAS

	Pág.
Globulina gamma en la tuberculosis infantil	327

VI. — PARASITOSIS. PROTOZOOSIS. ENFERMEDADES TROPICALES

Tratamiento de infestación con <i>Hymenolepis Nana</i> con Atebrina	327
Síndrome celíaco y lambliasis	328
Abcesos hepáticos y peritonitis secundaria a ascariidiosis .. .	328
Amebiasis en el niño	329
Rectoscopia en la amebiasis	329
Tratamiento de la disentería amebiana del lactante	329
Toxoplasmosis congénita en Venezuela	330
Tratamiento del Kala-Azar con metilglucamina	330
Tratamiento de la buba con aureomicina	330
El niño africano	331

VII. — SANGRE. SISTEMA HEMATOPOYETICO

Anemia de los prematuros	331
Anemia de los lactantes jóvenes	332
Tendencia hemorrágica del recién nacido	333
Tratamiento de las leucemias en niños	334

VIII. — APARATO RESPIRATORIO

Atelectasia pulmonar infecciosa aguda del lactante	335
Tratamiento broncoscópico de la atelectasia en niños	336

IX. — ENFERMEDADES RENALES

Prueba del agua hipofisina	336
Glomérulo-nefritis aguda y antihistamínicos	337

X. — TERAPEUTICA. ANTIBIOTICOS. TOXICOLOGIA

	<u>Pág.</u>
Cortisona y ACTH en pediatría	337
Mercurio y acrodinia infantil	338

XI. — PUERICULTURA. MEDICINA PREVENTIVA. PEDIATRIA SOCIAL.

Guarderías infantiles en Estocolmo	338
Programas de inmunizaciones	339
Mortalidad de 1 a 2 años en el Distrito Federal (Brasil)	340

I

RECIENTE NACIDO. — PREMATURIDAD. — MALFORMACIONES CONGENITAS

Metiltestosterone en prematuros, M. JAMES y B. L. COLES. Arch. Dis. Child. (Londres) 27:264 (Junio) 1952. — Los autores no encontraron diferencias de significación en el tiempo necesario para recuperar el peso del nacimiento o en la ganancia de peso por encima del peso del nacimiento en un mes, entre los casos tratados con metiltestosterone y los controles. En opinión de los autores, la hormona no tiene valor en la crianza de prematuros sanos.

Del resumen de los autores.

Catarata congénita y viruela materna, D. B. JELLIFFE. J. Trop. Med. (Londres) 55:99 (Mayo) 1952. — Durante el tercer mes de embarazo la madre estuvo gravemente enferma con fiebre alta y dolores generalizados, seguidos de una erupción generalizada de tipo papular con algunas vesículas. No fué vista por un médico. Un mes después de nacido el niño, se notó que presentaba algo blanquecino en un ojo. A los 18 meses fué examinado, encontrándosele una catarata ocupando todo el cristalino izquierdo.

Tovar-Escobar.

Consideraciones sobre un caso de papera en el embarazo y malformaciones múltiples en el hijo, J. GABITO FARIAS. Arch. de Ped. del Uruguay. 23:42 (enero) 1952. — El autor describe el caso de un niño con malformaciones múltiples; labio leporino bilateral, pabello-

nes auriculares lisos y terminados en punta, polidactilia en la mano izquierda, índices lateralizados y en flexión permanente, siendo imposible llevarlos a la extensión, pie zambo. Al 5º día de nacido, muere repentinamente. El autor recuerda la enfermedad de Gregg, y dice que recientes investigaciones han demostrado la posibilidad de que ciertas virosis (parotiditis, sarampión, mononucleosis infecciosa, etc.), además de la rubeola, pueden dar lugar a malformaciones, si la gestante las padece en los tres primeros meses del embarazo.

Guillermo Degwitz Celis.

Síndrome de Klippel-Trenaunay. — J. HEVIA, J. ROSSELOT y R. BURDACH. — *Rev. Chilena de Ped.* 23:78 (febrero) 1952. — Los autores relatan el caso de un niño de 18 meses de edad quien presentaba las características del síndrome de Klippel-Trenaunay, con la tríada característica: angiomas planos, varices e hipertrofias regionales (especialmente en extremidades distales de los miembros). Las hipertrofias eran más marcadas del lado derecho del cuerpo, además había otras zonas hipertróficas en forma de cojinetes que traducían la hipertrofia tisural del subcutáneo. El estudio radiológico demostró aumento de tamaño de los huesos en los segmentos distales de las extremidades. La biopsia, dilataciones vasculares y edema de la dermis. Exponen la teoría patogénica de Servelle, según la cual anomalías vasculares producen éxtasis que es el causante del cuadro. En este caso los familiares se opusieron a la venografía, la cual hubiera demostrado la anomalía vascular y que, tratada quirúrgicamente, pudiera haber corregido el síndrome.

Guillermo Degwitz Celis.

Malformación congénita quística del colédoco. — H. GARCÉS, M. NEIRA y A. GUZMAN. *Rev. Chilena de Ped.* 23:10 (Enero) 1952. — Se describen 3 casos de malformación congénita quística del colédoco en niños de primera infancia, destacándose la importancia del diagnóstico precoz de esta enfermedad, para realizar su tratamiento quirúrgico en época oportuna, antes de que se desarrollen graves complicaciones. El primer caso, en un lactante de 8 meses, que presenta ictericia desde los 15 días de edad y que fallece por una cirrosis biliar secundaria a esta afección; el segundo en un lactante de tres meses de edad, cuya muerte se produce a consecuencia de una peritonitis biliar, causada por la ruptura del quiste, y el tercero en una niña de 1 año y 4 meses, que presenta una dilatación quística del colédoco no complicada y que es operada, practicándosele una colédoco-duodenostomía con mejoría definitiva.

Resumen de los Autores.

II

ALIMENTACION, NUTRICION, METABOLISMO

El significado de la palidez en el escolar. — J. YUDKIN. *Lancet* (Londres) 262 (I) 239 (Feb. 2) 1952. — Del estudio intensivo y completo de 1.200 escolares de Cambridge, Inglaterra, deduce el autor que la palidez en niños que están aparentemente sanos no es indicación de la presencia de anemia, pues no guarda relación con los niveles de hemoglobina. Sin embargo, encuentra el autor que el síntoma de palidez está asociado con otros factores como bajo peso, bajo índice de Tuxford y débil fuerza muscular determinada con el dinamómetro de mano.

Tovar-Escobar.

Actividad proteolítica de las heces de niños. — J. L. EMEROY. *Arch. Dis. Child.* (Londres) 27:157 (Junio) 1952. — El autor lleva a cabo un estudio acerca de las variaciones en actividad triptica en el meconio y las heces de pacientes normales y hospitalizados. La actividad triptica del meconio parece ser menor que la de las heces de niños mayores. Niños alimentados artificialmente presentaron el mismo nivel medio de actividad triptica en las heces que niños alimentados al seno, pero mostraron mayor variabilidad en los títulos. Aproximadamente uno de cada 10 niños mayores tuvieron actividad triptica mínima o nula en las heces. No se encontró relación alguna entre la actividad triptica de las heces y la consistencia, pH, presencia de fibras musculares no digeridas, talla, peso o estado general de nutrición de los niños. Se encontró un aumento de la incidencia de heces bajas en actividad triptica en casos con trastornos del tracto alimenticio. No se encontró aumento en niños con infecciones respiratorias, enfermedades cardiovasculares o nefritis. El hallazgo de heces sin actividad triptica parece tener mayor significado clínico en niños menores que en mayores.

Del resumen del autor.

Análisis del valor nutritivo del agua de cebada. — A. IREGUI BORDA, *Rev. Colombiana de Ped. y Puer.* 11:3 (Octubre) 1951. — El estudio bromatológico y nutritivo del agua de cebada indica que ésta desempeña el papel de cereal en la alimentación del niño, en cuanto complementa en hierro y niacina la dieta de leche. El aprovechamiento de nutrientes, obtenido en su preparación, es pobre, especialmente en elementos calóricos. La magnitud de dicho aprovechamiento tiene una explicación racional, al estudiar las características físicas del proceso, la solubilidad de los nutrientes y su localización dentro del grano. El estudio de las mezclas de leche y agua de cebada indica que en dichas mezclas se logra el equilibrio de nutrientes recomendado por el National Research Council (1948). En diferentes

estudios encuentran que las recomendaciones de niacina son muy altas para los niños. A la vez se encuentra que las características locales de alimentación, tales como el subconsumo de leche, el papel preponderante del maíz y la pobreza característica en triptófano de la dieta nacional, aumentan las necesidades de niacina. El costo actual, en Colombia, de las dietas de leche y agua de cebada y la dieta integral de leche, es el mismo. La comparación de la ración de agua de cebada con la de otros cereales indica que su función complementaria de la dieta es la más efectiva, aunque su costo está por encima del maíz y del arroz. Desde el punto de vista nutritivo, se ha encontrado explicación a una costumbre popular. La tolerancia del agua de cebada y su digestibilidad son factores que complementan dicha explicación. No es posible, dentro de las limitaciones de este estudio, hacer ninguna recomendación acerca del empleo del agua de cebada en la alimentación normal de los niños. Los autores hicieron análisis bromatológicos de la infusión de cebada, empleada en la alimentación de los niños, en Colombia. Se estudió el aprovechamiento y las pérdidas por calentamiento de nutrientes en la infusión. Se hizo un estudio nutritivo de la infusión en las mezclas con leche y en comparación con otros cereales. Se estudiaron los costos de la infusión de cebada y de las mezclas y cereales antes mencionados.

Del resumen de los autores.

La D-Vitaminoterapia a dosis masivas. — G. FANIELLES (Lieja) *Bruxelles Medical (Bruselas)* 31: 1475 (Julio) 1951. — El autor relata su experiencia con la D-Vitaminoterapia a dosis masivas (15 miligramos), que inició en 1939. Administra oralmente 15 mgs. cada ocho días, por periodos de 3 meses a 1 año, y luego cada 15 días, por periodos largos indeterminados. Dos de sus enfermos llevan 10 años de tratamiento. Jamás ha tenido inconvenientes tóxicos. Mientras dura el tratamiento administra 3 cucharadas diarias de un preparado granulado de gluconato de calcio al 10%. Relata rotundos éxitos en las más variadas afecciones, pero especialmente en los procesos tuberculosos de evolución lenta. Contraindica el tratamiento en los renales (nefríticos).

Hace notar que las indicaciones de la D-Vitaminoterapia, a dosis masivas, son absolutamente idénticas a las de la Cortisona. Hace hincapié en que la vitamina D es un esteroide, como la testoteron, foliculina, cortisona, desoxicorticosterona, y emite la hipótesis de que el organismo, quizás las suprarrenales, transforma una parte de la vitamina D en un esteroide análogo a la cortisona. Cita un caso en que fueron dosificados los cetosteroides y los oxisteroides antes y después del tratamiento, encontrando que los cetosteroides no se modificaron y los oxisteroides tuvieron tal aumento no visto sino en el Síndrome de Cushing y después de las inyecciones de cortisona. Estas experien-

cias han sido especialmente en adultos, aconsejando para los niños intervalos de 15 días entre las dosis.

C. Burgos Courlaender.

Galactosemia y su tratamiento. — J. L. BRODIE. *Comunicación personal leída ante el III Congreso Panamericano de la Alianza Médica de Mujeres. Montevideo, Uruguay (Dic. 28) 1951.* — Se presentan dos casos de galactosemia en hermanos. El caso 1° murió de desnutrición grave hace seis años, a la edad de cuatro meses. En la autopsia se halló cirrosis del hígado. Retrospectivamente el cuadro clínico registrado de melituria, albuminuria, hepatomegalia y desnutrición grave, tan semejante al descubierto recientemente en su hermano que parece plausible hacer el diagnóstico presuntivo de este defecto congénito del metabolismo.

El caso 2° tenía evidencias repetidas de infecciones y falta de aumento de peso durante los primeros dos meses de vida, habiéndose encontrado entonces hepatomegalia, anemia macrocítica y cataratas. El examen de orinas reveló una substancia reductora no fermentable, y la curva de tolerancia a la galactosa era notablemente elevada y prolongada. Con la dieta exenta de leche desaparecieron todos los síntomas citados y se produjo aumento normal de peso. A la edad de ocho meses se agregó leche gradualmente a la dieta, originándose detención del aumento de peso, retorno de la melituria, vómitos y letargo. La reanudación de la dieta carente de leche produjo nuevamente pronta mejoría.

Se sugiere que estos casos son más comunes de lo que se suponía, y los pediatras y médicos generales deben tener en cuenta la sintomatología e incluirla en el diagnóstico diferencial de los problemas de la nutrición en el período neonatal.

Los análisis de orina de los lactantes deben practicarse con mucha mayor frecuencia. Al hallazgo de melituria deben seguir las pruebas de fermentación para descartar la glucosa. La dieta exenta de leche o de lactosa hace desaparecer la melituria debida a la galactosa. La prueba de tolerancia a la galactosa muestra una curva elevada y prolongada que es característica.

Instruir a los padres, y más tarde al niño, acerca de la naturaleza de esta enfermedad y de las limitaciones dietéticas es tan necesario como en el caso de la diabetes sacarina.

Resumen de la autora.

Consideraciones acerca del tratamiento de la distrofia del lactante con Trefocitone. — Q. ROTTINI, *Il Lattante (Parma)* 23:347 (Junio) 1952. — El autor obtuvo buenos resultados en 7 casos de distrofia del lactante complementando el tratamiento dietético clásico con un nuevo preparado, mal definido, a base de treponas y vitami-

nas del grupo B. El efecto beneficioso del producto se atribuye a sus supuestas propiedades anabólicas.

Tovar-Escobar.

Trastornos dentales asociados con signos de deficiencias nutrimentales en niños de Terranova. — H. MELLANBY. Arch. Dis. Child. (Londres) 27:273 (Junio) 1952. — Los resultados de esta encuesta se basan en el examen de 1.486 niños, la mayoría de los cuales de 4 años (804) ó 14 años (595) de edad. La incidencia de caries dentales fué elevada en todas las localidades, con excepción de una pequeña área de fluorosis endémica, solamente el 7,2% del grupo de 5 años y menos del 1% del grupo de 14 años se encontraron libres de caries. El porcentaje total de dientes de leche cariados fué de 38,5%, mientras que en los dientes permanentes del grupo de 14 años 30,7% ya estaban cariados. Los autores discuten los factores dietéticos que hayan podido intervenir, al menos en parte, a provocar esa situación.

Del resumen de los autores

Biopsias hepáticas en niños nigerianos. — W. D. SILVERA y D. B. JELLIFFE. J. Trop. Med. (Londres) 55:73 (Abril) 1952. — Los autores practicaron biopsias hepáticas con aguja de Silverman en 13 lactantes menores de 1 año y 15 niños mayores de esa edad. La serie comprende niños desnutridos y no desnutridos, pero con varios trastornos de otra índole, todos provenientes de grupos socio-económicos bajos. A pesar de lo corto de la serie y de su falta de significado estadístico los resultados fueron extremadamente interesantes. Así, en dos recién nacidos, aparentemente sanos, con excepción de oftalmia neonatorum y muguet, respectivamente, de 10 a 12 días de edad, se encontró infiltración grasa marcada del hígado. Cambios semejantes fueron observados en un mortuato y en un niño que murió de "asfixia azul" a los dos días de nacido. Los autores sugieren que el agente causal en estos casos puede ser la desnutrición de la madre. Son de interés también dos casos que mostraron degeneración grasa generalizada del hígado, aun cuando estaban alimentados al seno. En este caso habría que pensar, según los autores, en una disminución de las proteínas y aminoácidos de la leche de madres desnutridas.

Crean los autores que estos casos tienden a mostrar que puede haber cuadros latentes (o subclínicos) de Kwashiorkor en niños aparentemente sanos alimentados al seno. El destete en este tipo de caso puede ser considerado como factor precipitante.

Tovar-Escobar.

III

ENFERMEDADES DIARREICAS

La importancia del estafilococo en la gastroenteritis parenteral del lactante. — P. TOLENTINO. Arch. Dis. Child, (Londres) 27:262 (Junio) 1952. — El autor sostiene la hipótesis de que algunas formas de enteritis del lactante pueden ser causadas por estafilococos enterotóxicos por intermedio de un mecanismo nervioso central. Llevó a cabo una investigación en lactantes con gastroenteritis con faringitis concomitante, aislando los estafilococos faríngeos y ensayando la actividad enterotóxica en cachorros de gato. Por este método encontró estafilococos enterotóxicos en la faringe del 28% de lactantes con gastroenteritis y faringitis, y sólo en el 20% de lactantes sanos. Pudo aislar estafilococos no enterotóxicos en el 37% de lactantes con gastroenteritis y 50% de lactantes sanos. El modo de acción de la enterotoxina ha sido demostrado por la administración de grandes dosis de toxina a animales con la producción de lesiones del sistema nervioso central: hemorragias diapedéticas y lesiones degenerativas de los centros nerviosos.

Por lo tanto es posible, según Tolentino, de que una enterotoxina actúe por medio de un mecanismo neurotóxico y que tanto el vómito como la diarrea puedan tener un origen nervioso central. Esto soporta además la hipótesis de que algunos casos de toxicosis como los de tipo encefalítico con pocos síntomas gastrointestinales puedan tener una etiología estafilocócica.

Tovar-Escobar.

Una epidemia de infecciones a Salmonela brandenburg en un retén de maternidad. — L. VILLEMING-CLOG, G. MEMIT, CL. ROBERT, L. LE MINOR y R. GROSS. Arch. Francaises Ped., 9:225, 1952. — Los autores relatan una epidemia de diarrea en un retén de maternidad cuyo origen fué trazado a una infección por Salmonela brandenburg. En total once niños fueron atacados y dos murieron. En 6 casos el cuadro clínico fué el de toxicosis, que se terminó por la muerte en dos casos; el cuadro no presentaba nada especial y solamente el coprocultivo permitió reconocer la etiología; en dos de los casos, sin embargo, el aspecto de las heces purulentas y sanguinolentas llamó la atención acerca de la afección enteral. En las 5 observaciones restantes lo que llamó la atención fué la banalidad y benignidad del cuadro clínico de dispepsia aguda o de gastro-enteritis benigna con heces mucogrumosas o líquidas; en tres de los casos no hubo fiebre. En ninguno de los 5 casos se presentó ninguna particularidad que permitiera sospechar que se trataba de salmonelosis y sólo el coprocultivo permitió establecer el diagnóstico etiológico. El período de incubación fué corto, los síntomas comenzaron entre 3 y 10 días des-

pués del nacimiento; la evolución fué breve tanto para los casos curados como para los mortales. La fiebre y el ataque del estado general no persistieron más allá de algunos días (máximo 13 días). No se observó ningún caso con otitis ni meningitis. El tratamiento usado fué cloromicetina. Los autores llevaron a cabo un estudio bacteriológico en 8 de los casos atacados. También hicieron una encuesta epidemiológica. De los 8 casos analizados 4 estaban alimentados al seno y el resto artificialmente. Los exámenes coprológicos del personal revelaron dos enfermeras portadores asintomáticos de *S. brandenburg*. Las investigaciones bacteriológicas del material, objetos y agua utilizados en el retén dieron resultados negativos.

Tovar-Escobar.

IV

ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGUDAS

Imágenes radiográficas nodulares en el sarampión. — A. INVALIDI y E. RAZZETTA. Arch. Argentinos de Ped. 23:28 (enero-febrero) 1952. — Hacen un estudio clínico y radiológico de niños enfermos de sarampión, en el período eruptivo, mostrando que lo que más llama la atención en la clínica es la disnea y los síntomas auscultatorios, que muchas veces no están en relación con la imagen radiológica. El examen radiográfico es el más importante, pues presenta opacidades diseminadas de pequeñas sombras redondeadas, distribuidas al azar, que a veces adquieren el aspecto granuloso y que siempre existe marcada reacción biliar. Atribuyen al virus del sarampión la causa de estas lesiones, semejantes a las que producen otras neumonías virales, pero no pueden precisar el papel que juega esta neumonía viral sarampionosa en el cuadro clínico de la bronconeumonía.

Resumen de los autores

Viruela en el niño prematuro. — R. ORTEGA y G. REPETTO. Rev. Chilena de Ped. 28:108 (marzo) 1952. — De 10 niños prematuros de diferentes edades y pesos, expuestos a contagio hospitalario de viruela (alas rim), enfermaron 3, de los cuales 2 eran mayores de 3 meses. Entre los 7 expuestos que no enfermaron, 1 sólo era mayor de esa edad. La enfermedad fué benigna. La evolución de la temperatura difirió de lo acostumbrado.

Resumen de los autores

Estudio sobre la permeabilidad de las meninges del niño a la penicilina inyectada por vía intramuscular. — CARMEN AGUILO y FUAD GERMANY. Rev. Chilena de Ped. 28:1 (Enero) 1952. — Se hace el estudio comparativo de la permeabilidad de las meninges normales a la penicilina en niños de diferentes edades: recién nacidos,

menores de 1 día; recién nacidos, de 5 a 71 días, y lactantes del primero y segundo semestres de la vida. Todos recibieron, por vía intramuscular, penicilina en dosis de 35.000 U. por kilo de peso, en una sola dosis. A todos se les determinó la concentración de penicilina en el líquido céfalorraquídeo 15, 90 y 240 minutos después de la inyección del antibiótico. Se estudia la permeabilidad de las meninges en niños mayores, en los que estas membranas no presentan alteraciones, quienes recibieron penicilina por vía intramuscular y en los cuales se determinó la concentración del antibiótico en el líquido céfalorraquídeo 1 hora después de la inyección. Se hace también un estudio de la permeabilidad de las meninges a la penicilina en lactantes con meningitis aguda y en niños con meningitis tuberculosa, todos los cuales recibieron penicilina intramuscular y en quienes se determinó la concentración del antibiótico en el líquido céfalorraquídeo 1 hora después de la inyección. Se analizan los resultados desde el punto de vista de las relaciones entre la permeabilidad meníngea y las diferentes edades del niño y entre esta permeabilidad y el estado de las membranas meníngeas y se llega a las siguientes conclusiones: al inyectar una dosis determinada de penicilina intramuscular, encontramos en el líquido céfalorraquídeo del recién nacido, menor de 1 día, una mayor concentración del antibiótico que en el líquido céfalorraquídeo del recién nacido mayor de 5 días. La diferencia encontrada entre estas concentraciones es estadísticamente significativa. En el lactante normal, menor de 1 año, se encuentra penicilina en el líquido céfalorraquídeo después de inyectarla intramuscularmente. Se constatan diferencias entre las concentraciones encontradas en las diferentes edades estudiadas, pero estas diferencias no son estadísticamente significativas. En los niños afectados por meningitis se constata una mayor permeabilidad meníngea a la penicilina inyectada por vía intramuscular, que en los niños cuyas meninges no presentan alteraciones.

Resumen de los autores

Cloramfenicol en el tratamiento de las meningitis purulentas. — A. CASTELLANOS, O. GARCIA y E. PRADO. *Rev. Cubana de Ped.* 23:637 (Noviembre) 1951. — Presentan los autores dos casos de meningitis purulenta en niños de siete y dos y medio años, respectivamente, tratados exclusivamente con cloramfenicol, obteniendo curaciones rápidas sin secuelas en ambos casos. La etiología de los casos eran el neumococo y el *H. influenzae*. Hacen comentarios en favor de este antibiótico por ser tan eficaz como los otros y estar despojados de los inconvenientes de la d-hidro-estreptomicina. En ambos casos hicieron dosificaciones de la droga en la sangre y L. C. R. por el método colorimétrico, demostrando una relación entre ambas concentraciones en uno de los casos. También recalcan la posibilidad de ser utilizado este medicamento por vía parenteral, intramuscular o intravenosa, en los casos graves. Anuncian un trabajo próximo a aparecer,

realizado exclusivamente en niños, en el que concluyen sobre la utilidad del cloramfenicol intramuscular o intravenoso. "No sólo es inocuo diluido en propilen-glicol al 10% a la concentración de 1% de antibiótico o empleado en suero fisiológico o glucosado isotónico en venoclisis, sino que, en muchos casos, es un medicamento salvador." Insisten en que a pesar de haberse señalado últimamente la posibilidad de que el cloramfenicol pueda causar, en dosis altas o administrado en períodos prolongados, una inhibición de la médula (leucopenia), en los estudios realizados empleando la vía parenteral, con la cual han obtenido "las concentraciones sanguíneas más altas reportadas en el ser humano", no han observado ninguna inhibición medular, y lo consideran incapaz de producir una hemopatía grave.

Mayz Lyon.

V

ENFERMEDADES INFECCIOSAS CRONICAS

Estudios de la globulina gamma en la tuberculosis infantil. — B. M. LEVIN, H. KAUFMAN y J. DE LA HUERGA. *Am. J. Dis. Child.*, 83:25 (Enero) 1952. — Los autores llegan a la conclusión de que la globulina gamma sérica estudiada seriadamente en unión de la velocidad de sedimentación, es un índice valioso para establecer un pronóstico inmediato. Es un mal signo pronóstico observar el descenso de la globulina gamma cuando aumenta la velocidad de sedimentación, lo que indica un decrecimiento de la resistencia corporal, un aumento de la actividad del proceso morbozo o ambos fenómenos, siendo una indicación para que se apliquen inmediatamente las medidas terapéuticas adecuadas. Una sola determinación aislada de la globulina gamma carece de importancia pronóstica, ya que se han hallado precozmente niveles elevados en el curso de casos que terminaron con la muerte del paciente.

Del resumen de Boletín de Medicina.

VI

PARASITOSIS. — PROTOZOOSIS. — ENFERMEDADES TROPICALES

Tratamiento de la infestación con Hymenolepis Nana con Quina-crina (Atebrina). — P. C. BEAVER y W. A. SODEMAN. *J. Trop. Med.* (Londres) 55:97 (Mayo) 1952. — 8 niños de 6 a 19 años con Hymenolepis Nana fueron tratados con 0.6 a 0.8 gm. de clorhidrato de quina-crina (Atebrina) en dosis oral única en ayunas, seguida una hora más tarde por un purgante salino. Tres tuvieron exámenes de heces negativos durante las 9 semanas subsiguientes, y cada uno de los

otros aparentemente expulsó un alto porcentaje de parásitos. Concluyen que la Atebrina es altamente eficaz a pesar de que una dosis única fracasa frecuentemente.

Del resumen de los autores.

Síndrome celiaco del lactante y lamblisis intestinal. Estudio metabólico. J. CHAPTAL, CH. BENEUECH, D. BRUNEL, R. JEAN y E. DE MARMIER. *Arch. Francaises Ped.*, 9:148, 1952. — Los autores relatan un caso de desnutrición grave en una niña bien alimentada, que presentaba lamblisis intestinal y discuten el papel que dicha infestación juega en la etiología del cuadro. Niña de 15 meses, hospitalizada por hipotrofia evidente (5.100 gm.), abdomen distendido y trastornos digestivos con evacuaciones abundantes y grasosas. Nació de un parto normal, pesando 3.400 y se desarrolló bien hasta la edad de un año. Es entonces que comienzan sus trastornos digestivos y se observa una detención del crecimiento. Siempre ha recibido una alimentación correcta. Al examen se comprobó hipotrofia ponderal; manifestaciones raquíticas representadas por engrosamiento de los maleolos, rosario costal y fontanela anterior ampliamente abierta; hemorragias gingivales y alteraciones radiológicas óseas de tipo escorbútico; eritemas periorificiales, lengua roja carminada; anemia intensa; hipoproteinemia; esteatosis hepática demostrada por la punción-biopsia; desde el punto de vista digestivo: vientre distendido, megacolon y macrosigmoide al examen radiológico y el examen de heces revela peso considerable, pobre utilización de las grasas, residuos excesivos del almidón y gran número de quistes de *lamblia*. El jugo pancreático mostró actividad trépsica y amilolítica subnormal, la amino-acidemia provocada dió una curva normal.

Los autores consideran que la paciente no presentaba un déficit pancreático, sino un trastorno de la reabsorción selectiva para lípidos y glúcidos por la mucosa intestinal. Atribuyen el origen del trastorno digestivo a la lamblisis y obtuvieron la curación por tratamiento con stovarsol y vitaminas.

Tovar-Escobar.

Abscesos hepáticos y peritonitis secundaria a ascariidiosis. — F. BAEZA DONOSO. *Rev. Chilena de Ped.* 23:82 (febrero) 1952. — Se relata la observación de un lactante de 1 año y 6 meses, que presentó peritonitis y pericarditis purulenta, como consecuencia de la ruptura de abscesos hepáticos múltiples. La existencia de numerosos áscaris en las vías biliares intrahepáticas y de angiolocolitis supurada, permite suponer que estos parásitos han condicionado los abscesos del hígado y secundariamente el cuadro de peritonitis.

Resumen del autor.

Amebiasis en el niño. — RAUL ORTEGA y HECTOR SUAREZ. *Rev. Chilena de Ped.* 23:50 (febrero) 1952. — Hemos comprobado que la disentería amebiana es muy frecuente en nuestra clientela hospitalaria, y que, dentro de la infancia, afecta casi exclusivamente al lactante (51 de 54 casos). Como, por otra parte, se ha demostrado que la infección amebiana está muy difundida y afecta todas las edades, suponemos que el niño mayor goza de una relativa tolerancia o probablemente la infección pueda tener otras manifestaciones clínicas que la disintérica. La mayor parte de nuestro material se compone de distróficos que han llegado a ese estado sea por deficiencias dietéticas, sea por la amebiasis o por ambas. Debido a este estado de distrofia, las infecciones intercurrentes o concomitantes fueron muy frecuentes y también frecuente el ingreso por cuadros graves de deshidratación con o sin síndrome tóxico. El tipo disintérico de deposiciones (sangre, moco, pus) se encuentra en algún momento de la enfermedad; ya en la anamnesis, ya al ingreso, ya en la evolución posterior. La presencia de estas deposiciones, junto a una historia de períodos de diarrea, alternando con otros de bienestar, hacen muy probable el diagnóstico de amebiasis. La confirmación se obtiene con el examen parasitológico y la rectoscopia. Fallecieron 8 de 51 lactantes; 3 de ellos directamente por amebiasis; en algunos de los otros es posible aceptar que la amebiasis fué un factor que contribuyó a la muerte en fuerte proporción.

Resumen de los autores.

La rectoscopia en la amebiasis del niño. CARLOS TREUER. *Revista Chilena de Ped.* 25:58 (febrero) 1952. — La rectosigmoidoscopia en niños afectados de disentería amebiana es un excelente medio complementario de diagnóstico. En la evolución de las diarreas amebianas del niño lo primero en normalizarse, bajo la acción del tratamiento, es la parasitología de las deposiciones; lo último, el carácter de éstas y la imagen rectoscópica. De este modo, la endoscopia es en cierto modo el método más seguro para indicar el momento en que puede considerarse al enfermo como curado.

Resumen del autor.

Tratamiento de la disentería amebiana en el lactante. H. SUAREZ, R. ORTEGA y J. BRIEVA. *Rev. Chilena de Ped.* 23:60 (febrero) 1952. Tratamiento de 39 casos de disentería amebiana en niños de 30 meses. El clorhidrato y el yodobismutato de emetina fueron empleados exclusivamente como sintomáticos del tenesmo. La aureomicina empleada en 12 casos, produjo el más alto porcentaje de curación (83 %). La dosificación adecuada parece ser la de 50 a 100 mgs. diarios por kilogramo de peso durante 10-15 días. La terramicina (7 casos), a

iguales dosis, mostró una eficacia mucho menor, pero lo limitado de nuestra casuística y otras consideraciones nos impiden pronunciarnos acerca de su valor. La diyodohidroxiquinoleína (20 casos tratados) mostró un muy bajo poder curativo (25 %), aun cuando las dosis diarias fueron hasta de 100 mgs. por Kg. de peso y por períodos tan largos como de 20 días. Por esto su prescripción debería limitarse a los casos de fracasos con otras drogas.

Resumen de los autores.

Toxoplasmosis humana en Venezuela. Presentación de los tres primeros casos congénitos. B. DE GAVALLER. Arch. Venezol. Patol. Trop. y Parasit. Med. (Caracas) 2:265 (Enero) 1950. — El autor resume el estado actual del problema de la toxoplasmosis humana, y describe 3 casos de toxoplasmosis congénita observados y diagnosticados en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Maternidad "Concepción Palacios", en Caracas, los primeros en Venezuela.

Del resumen del autor.

El Antimoniato de N-Metilglucamina en el tratamiento de la Leishmaniosis interna infantil. A. FERLAZZO y G. PALUMBO. Aggiornam. Ped. (Roma) 3:292 (Junio) 1952. — Los autores trataron 20 niños con leishmaniosis visceral con antimoniato de N-Metilglucamina a la dosis intramuscular de 0.10 gm. por Kg. de peso por día para los lactantes y 0.076 gm. por kg. de peso por día para niños de segunda y tercera infancia. 13 curaron, 3 murieron con complicaciones bronconeumónicas y los 4 restantes no pudieron ser seguidos.

Los autores aconsejan usar dosis iniciales más bajas (0.04 a 0.05 gramos Kg./peso) para ensayar la tolerancia individual. La duración del tratamiento para los casos curados fué de 6 a 25 días. No se observaron recidivas. Los autores no hacen mención de complicaciones.

Tovar-Escobar.

Aureomicina en el tratamiento de la buba. K. R. HILL, K. RHODES y G. S. ESCOFFERY. Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg. (Londres) 46:71 (Enero) 1952. — Tratamiento de 10 casos de buba, siete con lesiones iniciales y todos de tipo de comienzo, con aureomicina; 25 mg. por kg. de peso corporal por día durante 14 días. Después de un período de seis meses a partir del comienzo del tratamiento, todos los casos mostraron curación clínica completa y no hubo recaídas. En siete casos hubo una negativización de la prueba de Kahn o una disminución marcada del título; dos casos, originalmente seronegativos siguieron negativos.

Del resumen de los autores.

El niño africano. D. B. JELLIFFE. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.*, (Londres) 76:13 (Enero) 1952. — Esta interesante comunicación que presenta el autor ante la Sociedad Real de Medicina Tropical e Higiene, en Londres, no se presta para un resumen por la variedad de tópicos que abarca. Debería ser lectura obligatoria para todos los pediatras que practiquen en países tropicales.

El cuadro que presenta no es muy diferente del que se observa en las zonas rurales de la América tropical. La desnutrición de la madre y el niño, el tétanos neonatorum, las distrofias graves y diarreas agudas, las infecciones comunes, la tuberculosis, sífilis y ciertas enfermedades tropicales, todas contribuyen, junto con la miseria e ignorancia de las poblaciones nativas, a producir un elevado índice de mortalidad infantil con cifras de 100 a 500 y hasta 820. Concluye el autor que, como en muchos aspectos de la medicina tropical, no hay solución rápida para la mayoría de los problemas médicos de la infancia y la niñez en el Africa. Una disminución de las causas de morbilidad y mortalidad sólo se puede obtener lenta y penosamente con la diseminación de la educación, mejora del abasto de alimentos y adelantos de la medicina preventiva. Recomienda explotar al máximo los centros maternos infantiles, muy populares en el Africa por ser su identificación con la salud en contraposición del hospital, que es considerado por los naturales como la casa de la muerte. La línea de conducta debe ser altamente práctica y realística. Los consejos de alimentación deben ajustarse a la economía y costumbres locales. Por ejemplo, recomienda que se continúe con la costumbre de la lactancia materna prolongada, suplementada con un carbohidrato local fácilmente digerible y si posible con proteínas que se produzcan localmente, como los huevos. Finalmente, recomienda que se dé mayor énfasis al aspecto profético de la pediatría tropical en el entrenamiento de médicos que han de practicar en climas tórridos y, al mismo tiempo incrementar e intensificar la observación e investigación de los problemas pediátricos en el trópico.

Tovar-Escobar.

VII

SANGRE. — SISTEMA HEMATOPOYETICO

Anemia de los prematuros. Su tratamiento preventivo por las transfusiones de sangre precoces y repetidas. A. ROSSIER y L. POTIRON. *Arch. Francaises Ped.*, 9:113, 1952. — Los autores estudian la anemia de los prematuros por exámenes hematológicos en serie, desde el nacimiento hasta la edad de un año. Discuten el origen de la anemia y exponen el papel de los gases de la sangre. Discuten el desequilibrio creado por la oxigenación de un organismo inmaduro, la hiperoxia

relativa creada por los modernos procedimientos de crianza de los prematuros y las consecuencias que pueden resultar de la falta de estimulación de los centros hematopoyéticos por el CO₂. Estos factores, según los autores, no tienen importancia decisiva, pero sí la noción de una crisis de adaptación que pone una carga exagerada sobre el sistema hemopoyético del prematuro, debido a su rápido crecimiento. Proponen un nuevo método para prevenir la anemia de los prematuros: el de las transfusiones sistemáticas precoces y repetidas. Estudian una serie de 300 prematuros de menos de 2.000 gm. de peso, criados en condiciones idénticas en el Centro de la Escuela de Puericultura. Se comparan los resultados obtenidos en 120 niños a quienes no se les practicó transfusiones y 180 que recibieron el nuevo tratamiento. De sus experiencias los autores concluyen que las transfusiones (usando un procedimiento especial y técnica rigurosas) producen resultados notables, no sólo sobre el cuadro sanguíneo, sino también sobre el estado general del crecimiento. Según ellos, la anemia de los prematuros puede, pues, ser suprimida completa y definitivamente por las transfusiones.

Del resumen de los autores.

Los procesos anemizantes en los lactantes jóvenes. W. KUNZER. Folia Clínica Internacional, 1:564, 1951. — Para dilucidar el mecanismo anemizante de los lactantes en el primer trimestre de la vida, el autor ha realizado estudios sobre el metabolismo hemoglobínico. En el lactante, la producción de hemoglobina durante las primeras semanas sobrepasa a su destrucción. Después, predomina la destrucción hasta las 8 ó 10 semanas, época en que alcanza la cifra de hemoglobina su valor mínimo para ir después aumentando de nuevo. En los niños prematuros la cifra de Hb. desciende un 20 por 100 más que en los lactantes sanos. La Hb. del recién nacido es distinta de la del niño mayor o el adulto. Durante el primer trimestre es la Hb. fetal la que se destruye predominantemente, debido a su especial estructura y a la de los eritrocitos fetales. Esto se ha atribuido a las modificaciones del sistema fermentativo fisiológico de los eritrocitos que mantienen la Hb. en un estado de capacidad funcional. Ciertos factores reductores glucolíticos impiden que el O₂ transforme la hemoglobina en hemiglobina. Las experiencias del autor demuestran que la cifra de hemoglobina de la sangre de lactantes en el primer trimestre de la vida están siempre por encima del 1 por 100 de la cantidad total de hemoglobina, a diferencia de los niños mayores en que nunca llega al 1 por 100. La sangre procedente del cordón umbilical tiene cifras normales de hemoglobina. El aumento citado de hemoglobina en los lactantes de menos de 3 meses parece ser un exponente de la menor protección oxidativa por una actividad fermentativa insuficiente de los eritrocitos.

El autor ha estudiado experimentalmente el proceso de formación

espontánea de hemoglobina en soluciones acuosas de eritrocitos hemolizados para intentar confirmar esta hipótesis. De ellas se deduce que los eritrocitos de la sangre procedente del cordón umbilical y de menores de 3 meses posee unos fermentos glucolíticos especialmente activos y no se observa tampoco una debilidad funcional de los factores reductores. Estos resultados van en contra de la supuesta inferioridad de la protección oxidativa y, por tanto, el aumento de hemoglobina en la sangre de los lactantes jóvenes habría de atribuirse a las noxas oxidativas más que a una insuficiencia del sistema reductor eritrocítico. La conducta terapéutica debería, pues, encaminarse a proteger contra las citadas noxas.

Resumen del autor.

Acerca de la tendencia hemorrágica del recién nacido. C. Salazar de Sousa y colaboradores. Il Lattante (Parma) 23: 1 (Enero) 1952. — Muchos argumentos se oponen a la teoría que identifica la enfermedad hemorrágica del recién nacido con una hipoavitaminosis K; la hipoprotrombinemia no es más acentuada en recién nacidos con enfermedad hemorrágica que en los normales; no siempre se encuentra un paralelismo neto entre la disminución del valor de protrombina y la intensidad de la hemorragia; la vitamina K no siempre puede curar la enfermedad hemorrágica; no siempre existe una relación entre la dieta materna y la cifra de protrombina; la inyección de vitamina K practicada a la madre antes del parto no ofrece una reducción significativa de la incidencia de la enfermedad hemorrágica aunque disminuye la hipoprotrombinemia fisiológica; la dosis de vitamina K necesaria para influenciar la hipoproteinemía es a menudo mucho más elevada de lo que se debería esperar lógicamente y, por último, que, a pesar de que el intestino del recién nacido ya no es estéril después de la octava hora de la vida, la hipoproteinemía no tiende a corregirse sino hasta el 5º al 8º día.

De esta serie de consideraciones nace la duda de que si efectivamente la hipoproteinemía del lactante esté relacionada con una deficiencia de vitamina K y, además, de si la hipoproteinemía es el único factor de tomar en consideración en la enfermedad hemorrágica. Por otra parte, se ha mostrado que el descenso fisiológico de la protrombina sigue una curva paralela a la caída inicial del peso, relación ésta no fortuita, pues, como ha mostrado Suárez, se evita la hipoprotrombinemia al evitar la caída inicial de peso por la administración de soluciones rehidratantes. En recién nacidos con enfermedad hemorrágica se ha podido demostrar la presencia de hiperheparinemia. Los autores han estudiado la tasa de heparina en un grupo de 43 recién nacidos desde las primeras horas de la vida hasta el 5º día. Encontraron que el recién nacido presenta una tasa elevada de heparina en la sangre. Este hecho asociado a un descenso del fibrinógeno que ha sido encontrado por muchos autores, puede explicar la existencia de una tendencia hemorrágica. Después del nacimiento, la tasa de heparina desciende para llegar a un mínimo des-

pués del 5º día. En tal época, la mayor parte de los recién nacidos presenta ya una heparinemia sensiblemente inferior, lo que, en ciertos límites, se opone al efecto de la hipoprotrombinemia, pero en algunos recién nacidos la tasa de heparina al nacimiento se mantiene igual o aún puede aumentar, lo que puede favorecer la tendencia hemorrágica determinada por la disminución de la protrombina. Estos hechos presentan una gran importancia práctica, pues indican la necesidad de modificar el tratamiento de la enfermedad hemorrágica del recién nacido. Se ha demostrado la utilidad del empleo terapéutico del azul de toluidina o de sulfato de protiamina en muchas diateris hemorrágicas con hiperheparinemia.

Tovar-Escobar.

Tratamiento de las Leucemias en Pediatría. R. Soto Allande, L. Torregrosa, J. M. Torroella. *Boletín Médico del Hospital Infantil, México.* 8:32, 1951. — El criterio para evaluar la efectividad de un medicamento en el control de la leucemia debe ser rígido y llenar los siguientes requisitos: 1) Remisión hematológica. 2) Remisión clínica. 3) No habituarse al medicamento. No existe ninguna droga que realice este ideal, pero algunas —como los antagonistas del ácido fólico— se están acercando a él. No se conoce el mecanismo de acción carcinolítico y antileucémico de los antifólicos, pero se puede decir que es un factor anticrecimiento celular. No hay explicación para el hecho de que un antifólico que esté produciendo una respuesta favorable en un proceso canceroso o leucémico, llegue un momento en que pierda su actividad.

Dosis y administración: Aminopterín: 0,5 a 1 mgr. diario. Vía oral preferible. A-Methopterín: 2,5 a 5 mgr. diario. Vía oral. Amino-An-Fol: 25 a 50 mgr. diario. Vía oral.

Los antifólicos se deben dar hasta la aparición de los primeros síntomas tóxicos o leucopenia (1.500 a 2.000) o moderada aplasia medular (20 a 30.000 elementos por mm^3). Continuarlos, a pesar de la leucopenia, si hay gran número de blastos en el mielograma. En casos de leucemia aleucémica, dar la droga a dosis menores. La tolerancia individual es muy variable. Los enfermos que presentan los signos tóxicos más severos son los que responden mejor. Actualmente se aconseja dejar una dosis de mantenimiento. En caso de sobrevenir una recaída, aumentar el antifólico hasta que aparezca reacción tóxica o nueva remisión. La mayor actividad terapéutica se obtiene en leucemias agudas linfoblásticas. Reacción tóxica. Clínica: Malestar de garganta y de boca, anorexia, náusea, vómitos, distensión abdominal, estomatitis ulcerosa, pérdida de peso y a veces diarrea serosa y hasta melena. Rara vez: rash eritematoso y purpúrico. Hematológica: Pancytopenia y aplasia medular. Se combate: 1) Suspender la droga. 2) Antibióticos. 3) Transfusiones de sangre fresca y azul de toluidina (4 a 8 mgr. por Kg. de peso). Remisiones. Pueden ocurrir espontáneamente, después de transfusiones intermitentes (solas o con antibióticos), después de exsanguinotransfusión; por antifólicos en pro-

porciones que varían según los autores de un 10 a 50% y que duran de días a meses. Con ACTH y Cortisona, remisiones generalmente cortas, pero que muchas veces sensibilizan al paciente para posteriores tratamientos con antifólicos, siendo entonces efectivos estos últimos. Una pregunta muy importante, pero todavía sin respuesta definitiva, es la de si los antifólicos alargan o no la vida del enfermo. Los autores presentan 11 casos de los cuales 2 hicieron remisión completa, clínica y hematológica; 2 mejoraron; en 3 fué nulo el tratamiento; en 1 el Aminopterín precipitó la muerte y, probablemente, ocurrió lo mismo en otros 2 casos.

Armando Sucre.

VIII

APARATO RESPIRATORIO

Atelectasia pulmonar infecciosa aguda en el lactante. T. Jersild y N. Riskaer. Arch. Françaises de Ped., 9: 254, 1952. — La elevada mortalidad por neumonías en lactantes menores de 1 año, aún después de la introducción de la quimioterapia y los antibióticos, debe ser cuidadosamente investigada. Los autores encuentran un elevado porcentaje de atelectasias a las autopsias no diagnosticadas clínica ni radiológicamente en lactantes muertos con diagnóstico de neumonía o bronconeumonía. Para ilustrar el aspecto clínico de la atelectasia infecciosa aguda del lactante presentan dos observaciones características de lactantes admitidos con diagnóstico de neumonía. El primer caso de una niña de 3 meses prematura de 1.900 gm. Peso a la admisión, 3.300 gm. Sintomatología de disnea, vómitos, agitación y evacuaciones líquidas de una semana de duración. Al examen, niña debilitada, muy pálida, disneica (70 r.p.m.), aleteo nasal, tiraje inspiratorio supra e infraesternal marcado, sin estridor. Temperatura, 36,8°. A la auscultación, estertores subcrepitantes en el campo derecho anterior y posterior. Se instituye tratamiento con sulfatiazol y oxígeno, a pesar de lo cual el estado del enfermo se agrava en las 24 horas siguientes, el tiraje se hace más intenso y cada movimiento inspiratorio se acompaña de contracciones de la cabeza. Tos frecuente y cianosis al sacarla del oxígeno. Temperatura, 37,7. La radiografía muestra atelectasia del lóbulo superior derecho. Broncoscopia al día siguiente con el aparato para lactantes de Negus muestra secreción pegajosa, abundante, de color amarillo verdoso, en la tráquea y los dos bronquios, principalmente el derecho. La secreción fué aspirada (cultivo: neumococo y B. coli) y se terminó por insuflar oxígeno. La respiración se mejoró considerablemente. Se inicia tratamiento con penicilina. Ocho horas después el estado del paciente se agrava, el niño está casi moribundo. Nueva broncoscopia permite aspirar secreciones abundantes viscosas. Después el niño se mejora considerablemente. Tres días después de la broncoscopia la atelectasia ha desaparecido casi por completo. Curación. La segunda observación

es muy parecida a la anterior. Una revista de 178 autopsias de niños muertos con el diagnóstico de neumonía, bronquitis o laringotraqueo-bronquitis muestra la presencia de atelectasia en 43% de los casos. El diagnóstico y el tratamiento son discutidos. Se recalca que el tratamiento médico no es suficiente y es necesario la broncoscopia con aspiraciones repetidas para evitar la sofocación en la fase crítica. Figura 9. Bibliografía.

Tovar-Escobar.

Tratamiento broncoscópico de atelectasias en niños. B. Gans. Arch. Dis. Child. (Londres) 27: 254 (Junio) 1952. — La aspiración broncoscópica en casos de atelectasias en niños produce frecuentemente la reexpansión del lóbulo colapsado y, por consiguiente, previene la bronquiectasia. Los resultados son mejores cuando el colapso se debe a una infección aguda, y menos satisfactorios si el colapso es el resultado de presión de ganglios sobre un bronquio. Las molestias generales y locales después de la broncoscopia son leves en los niños.

Del resumen del autor.

IX

ENFERMEDADES RENALES

Prueba del agua hipofisina para la exploración funcional del riñón en niños. J. Campistol Vila. Rev. Española Ped. (Zaragoza) 7: 775 (Nov.-Dic.) 1951. — El autor describe una modificación de las pruebas de concentración y dilución de Volhard para simplificarlas y hacerlas aplicables a la exploración funcional del riñón en niños. Reúne ambas fases de la prueba en una sola, sometiendo al riñón a un estímulo doble diurético y antidiurético. La técnica es sencilla. Estando el enfermo en ayunas desde el día anterior y con reposo en cama hasta la terminación de la prueba, se le hace ingerir en el período de 30 minutos una mezcla a partes iguales de leche y agua a razón de 30 cc. por kg. de peso. Inmediatamente después se le inyecta por vía intramuscular 1 U.I. de extracto hipofisario posterior. Para niños mayores de 10 años se da una dosis standard de 1 litro de agua y 2 U.I. de hipofisina para facilitar la comparación de los resultados. Vaciada la vejiga antes de la prueba, se mide la cantidad y densidad de la orina emitida cada media hora, durante las 3 primeras horas y cada hora las 2 siguientes. En casos en que la diuresis no haya ocurrido a las 5 horas del comienzo de la prueba se prolonga la observación durante 2 horas más. Los resultados normales se caracterizan por pequeñas cantidades de orinas concentradas durante un período de 2 a 3 horas. Sigue luego una brusca diuresis, con orinas abundantes y densidad muy baja, a veces inferior a 1.001. Esta diuresis suele durar cerca de 2 horas, durante las cuales se elimina por lo menos 3/4 partes del líquido ingerido. En casos de insuficiencia

renal, mientras más afectada está la capacidad funcional del riñón menor aptitud tiene este órgano para responder a los estímulos, tanto diuréticos como antidiuréticos, resultando de ello que las densidades extremas tienen escasa diferencia (hipostenuria). Con las cantidades excretadas pasa otro tanto y las variaciones son tanto menores cuanto más afectada está la función renal. En los casos de síndrome nefrótico domina durante toda la prueba un "hipertono antidiurético" que hace que las cantidades eliminadas sean pequeñas y las densidades elevadas durante toda la prueba. En los casos de nefritis focales puras, la prueba da resultados normales y, por tanto, tiene valor para descartar la posible complicación de una insuficiencia renal. La prueba sirve para determinar la capacidad funcional del riñón y además tener valor diagnóstico diferencial entre las diferentes nefropatías y, por lo tanto, ayuda a determinar el pronóstico.

Tovar-Escovar.

Glomérulo-nefritis aguda del niño tratada con antihistamínicos. F. González López, R. Campos Nori y S. de Bonadona. *Rev. Chilena de Ped.* 23: 43 (Feb.) 1952. — Se estudian 40 niños afectados de glomérulo-nefritis aguda, de los cuales 20 se tratan con antihistamínicos (Benadryl), por vía oral y los otros 20 enfermos se usan como controles. Ambos grupos se colocan bajo iguales condiciones de observación clínica, distribuyéndolos al azar a medida que se hospitalizan. Se hace el estudio comparativo del síndrome cardio-vascular, edematoso, urinario, función renal, días de hospitalización y estado clínico al alta, entre los tratados con antihistamínicos y el grupo testigo, observando que la evolución de la glomérulo-nefritis aguda del niño no es influida en forma significativa por el antihistamínico ensayado.

Resumen de los autores.

X

TERAPEUTICA. — ANTIBIOTICOS. — TOXICOLOGIA

Cortisona y ACTH en Pediatría. J. Marie y C. Cruciani. *La Presse Médicale*, 38 (Junio 4) 829, 1952. — Los autores relatan su primera experiencia de utilización de la cortisona y ACTH en pediatría. Ellos estudian las indicaciones y los resultados obtenidos en el reumatismo articular agudo, los reumatismos crónicos del niño, los síndromes alérgicos del lactante, las nefropatías de la infancia, las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, las toxicosis de los lactantes. Este último estudio, completamente original, da la impresión que la cortisona constituye una terapéutica coadyuvante sumamente preciosa, que permite el cambiar en algunas horas una situación crítica y disminuir así la mortalidad en las 24 primeras horas de hospitalización, que son las más difíciles de sobrepasar. Los autores confirman la indicación esencial en pediatría que es la enfermedad de Bouillaud y presentan los resultados de 20 observaciones tratadas.

La casi constancia de las recaídas disminuye el interés de la terapéutica hormonal en los estados alérgicos de la infancia y particularmente en el eczema del lactante. Por el contrario, la acción del ACTH sobre los síndromes edematosos de la nefrosis lipoidítica fué regularmente observada. La asociación de la cortisona y el ACTH y de la aminopterina junto con las transfusiones sanguíneas repetidas (el tratamiento), ha permitido el obtener varias remisiones sucesivas en las leucosis agudas.

El peligro de infecciones originadas por el tratamiento hormonal, parece de poca importancia en pediatría y los autores han tratado y curado niños afectados de infecciones muy graves, como un púrpura fulminans meningocócica o una toxicosis sumamente severa.

Resumen de los autores.

Mercurio y acrodinia infantil. A. Holzel y T. James. *Lancet* (Londres) 262 (I): 441 (Marzo 1) 1952. — Los trabajos de Warkany y Fanconi y sus colaboradores han sugerido una asociación entre la intoxicación mercurial y la acrodinia infantil al demostrar excreción de cantidades anormales de mercurio por las orinas. Estos trabajos han sido confirmados por otros investigadores. En Manchester, Inglaterra, la acrodinia infantil es bastante frecuente, habiéndose diagnosticado 61 casos en 3 hospitales solamente en el año de 1950. Los autores llevaron a cabo un estudio que comprende: a) la investigación retrospectiva de 213 pacientes; b) encuesta acerca de la ingestión de polvos mercuriales para la dentición en la población infantil de dos regiones con incidencias diferentes de acrodinia; c) la excreción urinaria de mercurio en los pacientes de acrodinia, y d) la respuesta al tratamiento con dimercaptol. De los 213 pacientes de acrodinia diagnosticados en 20 años, 37 habían muerto. De los 176 restantes 110 fueron reexaminados: 73% se habían desarrollado normalmente; en 27% se encontraron trastornos psicossomáticos discretos y 50% dió historia de ingestión de polvos mercuriales. En cambio, la incidencia de ingestión de dichos polvos fué relativamente baja en niños sanos de dos zonas investigadas (6.9% y 37%). La excreción urinaria de mercurio fué anormalmente elevada en 61 (65%) de 95 casos floridos de acrodinia estudiados en un periodo de 3 años. El tratamiento con dimercaptol no produjo resultados apreciables, excepto en 3 casos que se relatan en detalle. Los autores concluyen que la intoxicación mercurial es un factor etiológico en la acrodinia infantil.

Tovar-Escobar.

XI

PUERICULTURA. - MEDICINA PREVENTIVA. PEDIATRIA SOCIAL

Guarderías infantiles en Estocolmo. G. Mannheimer y G. Melin. *Folia Clinica International*, 2: 55, 1952. — Los autores hacen un informe sobre la organización de las Instituciones Infantiles de la So-

ciudad para la Construcción y Fondos de Ahorro para los Inquilinos de Estocolmo (Hiresgosternas Sparkasse och Byggnadsforening), destinada al cuidado de los niños de las obreras durante las horas de trabajo de sus madres. El principio rector es la creación de una serie de pequeñas guarderías de tipo similar bajo una dirección uniforme. Cada guardería admite unos 30 niños, distribuidos en tres grupos de 3 a 18 meses, de 1 y medio a 3 años y de 3 a 7 años. Cada institución está regida por una matrona diplomada. Un colegio especial adiestra el personal de profesores de jardines de la infancia en cuatro cursos de un semestre. Cada niño admitido es examinado a su ingreso y posteriormente cada 6 meses. Cuando se descubre una afección simple que no requiere inmediato tratamiento, el niño es examinado con mayor frecuencia. Si requiere tratamiento es enviado a un dispensario hospitalario o a un pediatra privado. A todos se les practica la prueba tuberculínica. Especial atención se presta a la vigilancia de la dentadura. Se pesan semanalmente y se llevan fichas de cada niño, con indicaciones referentes al peso, vacunas, vitaminas administradas, la dieta y progreso físico del niño. Se vigilan el peligro de enfermedades infecciosas. Más eficaz que la existencia de cuartos de aislamiento es el convencer a los padres de la necesidad de no enviar a sus hijos a las guarderías en cuanto enferman.

El inspector médico vigila la dieta, cuidando especialmente del aporte de las necesarias vitaminas en la misma. Es indispensable para la admisión la vacunación antidiftérica. Cada año se vacuna con la B.C.G. los niños negativos a la tuberculina. Medidas similares de vacunación se adoptan con otras enfermedades cuando aparece el primer caso. Médico y psicólogo trabajan conjuntamente para obtener los más beneficiosos resultados. Se realizan investigaciones, apoyadas por el Estado, para mejor combatir las afecciones respiratorias altas, especialmente en lo referente a su bacteriología y profilaxia.

Los autores acompañan su trabajo con gráficos en los que exponen los planos de una de estas instituciones y modelos de fichas y gráficas utilizadas.

Resumen de los autores.

Problemas de organización práctica de las inmunizaciones. J. Marie. Courrier (Paris) 2: 123 (Marzo), 1952. — El autor da el consejo de practicar la vacunación antivariólica entre 3 y 12 meses después del período neonatal y en todos los casos antes de 18 meses por miedo a la encefalitis vacunal. Describe el método y los incidentes: vacuna gigante, vacuna generalizada y encefalitis post-vacunal. Hay indicación a la vacuna contra la tosferina, sobre todo en los dos primeros años de la vida, cuando la mortalidad ocasionada por aquella enfermedad es más elevada. Se inyectará la vacuna, con preferencia absorbida al hidróxido de alúmina, desde la edad de 5 meses, en tres inyecciones, de modo que se inyecten en conjunto 50 mil millones de microbios. Fuera de escasos accidentes neurológicos relatados en la literatura presentan sólo reacciones vacunales benignas.

Se practica, sin ningún incidente grave, la vacunación con las anatoxinas diftérica y tetánica entre 18 meses a 2 años, en tres inyecciones, seguidas un año más tarde con otra inyección.

Se aconseja la vacunación anti-tifo-paratífica desde la edad de 6 años en cuatro inyecciones —se discute la asociación eventual de esa vacuna a las anatoxinas diftérica y tetánica—. Tal vacunación se desarrolla a menudo con incidentes.

Se puede practicar la vacunación contra tuberculosis con el BCG a toda edad por escarificaciones o inyecciones intradérmicas. Adenitis es la complicación de mayor importancia.

En el último capítulo se relatan las mayores contra-indicaciones a las varias vacunaciones: edad del niño estado nutricional, infecciones, alergia y lesiones viscerales.

Resumen del autor.

Mortalidad de 1 a 2 años en el Distrito Federal (Brasil). Quinquenio 1944-1948. M. Pedro y colaboradores. Rev. Med. Municipal (Rio de Janeiro) 16: 5 (Enero-Marzo) 1950. — De acuerdo con los resultados del censo de 1940, el grupo de 1 a 2 años comprende cerca de 2% de la población total de Río de Janeiro con más de 40.000 niños. Este grupo es el que representa la mortalidad más elevada después del primer año de la vida. Anualmente mueren más de 2.000 niños de 1 a 2 años en Río. La mortalidad de 1-2 años es muy semejante a la mortalidad infantil (0-1 año), tanto por los elevados coeficientes como por las causas de muerte. En ambos grupos predominan como causas médicas de muerte las "diarreas y enteritis". Tanto el coeficiente de mortalidad infantil como el de mortalidad de 1-2 años han sufrido un descenso apreciable (29.4% y 41.3%) en el último quinquenio. En los 16 distritos de Puericultura existen grandes diferencias, no sólo entre los coeficientes de mortalidad sino también entre la incidencia de los diversos grupos de causas. Estas diferencias parecen ligadas a causas sociales. Los métodos de protección y asistencia a los niños de 0-2 años en Río deben ser prácticamente los mismos, teniendo como piedras angulares la lucha contra la miseria y la ignorancia.

Del resumen de los autores.

INSTITUTO DE INVESTIGACION PEDIATRICA

JUNTA DIRECTIVA

Presidente: Dr. Fernando Rubén Coronil.

Secretario: Dr. Miguel Raga Mendoza.

Vocales: Dr. Pastor Oropeza, Dr. Espíritu Santos Mendoza, Dr. José Barnola, Dr. L. Potenza, Dr. Ernesto Vizcarrondo.

CONSEJO TECNICO

Director: Dr. Fernando Rubén Coronil.

Departamento Médico:

}	Dr. G. Tovar-Escobar.
	Dr. Miguel Raga Mendoza.

Jefe del Departamento de Bacteriología y Hematología: Dr. José Barnola.

Jefe del Departamento de Química Biológica: Dr. J. A. Cartaya.

Jefe del Departamento de Publicaciones y Estadística: Dr. Ernesto R. Figueroa.

Jefe del Departamento de Anatomía Patológica: Dr. L. Potenza.

PERSONAL TECNICO

Mildred Feo: Técnica de Laboratorio.

Bertha L. de Majo: Técnica de Laboratorio.

Delfina Galavis: Enfermera.

Mercedes Monroy: Secretaria-Bibliotecaria.

CONDICIONES DE PUBLICACION

Los manuscritos y la correspondencia relacionada con ellos deben dirigirse al Director de la Revista: Prof. Pastor Oropeza, Apartado de Correos 3122, Caracas, Venezuela.

Los artículos remitidos deben ser inéditos. La Dirección, sin embargo, se reserva el derecho de reproducir los trabajos que a su juicio merezcan especial divulgación, haciendo constar la referencia bibliográfica correspondiente.

Los manuscritos se escribirán a máquina, a doble espacio, por un solo lado del papel y con suficiente margen. Las referencias que se admitirán son aquellas que figuren en el texto, dadas en el orden siguiente: Apellido del autor, nombre o iniciales de acuerdo con la publicación original, nombre de la revista, volumen, página y año. Ejemplo: Gutiérrez Solís, A. F. Acosta, César. Consideraciones sobre 157 intervenciones ortopédicas practicadas en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Vargas, Rev. de la Pol. Caracas. 28: 161, 1950.

Cuando se citen libros debe hacerse constar igualmente el nombre del autor, nombre de la obra, la página o páginas a que se refiere la cita, casa editora, ciudad en que fué editado, año. Ejemplo: Lammy, Maurice Lamotte, Michel, Lamotte-Barrillon, S. La Denutrition, Pp. 404, G. Doin & Cie. París, 1948. Las abreviaciones o siglas deben ser las adoptadas por The American Medical Association. Para las revistas venezolanas se usarán aquellas adoptadas por la Biblioteca Nacional; véase "Anuario Bibliográfico Venezolano".

Las ilustraciones que acompañen al manuscrito serán numeradas, con sus leyendas correspondientes. Las ilustraciones deben ser de buena calidad y suficientemente demostrativas para su publicación. Si no fuese así, la Directiva se reserva el derecho de publicar el trabajo sin ellas. El trabajo debe tener un resumen en inglés.

La Dirección de la revista no se hace responsable por los conceptos emitidos en los trabajos aceptados para su publicación.

Cada autor de trabajos originales, recibirá 50 reimpresos gratis de los trabajos publicados. Si desea mayor número deberá gestionar su adquisición por escrito. El costo de los reimpresos extras será por cuenta del autor.

RETIGEN

**ANTI-ANEMICO
Y FACTOR DE CRECIMIENTO**

Presentación: Frascos Goteros de 15 c.c.

RETIGEN COMPUESTO

ANTI-ANEMICO COMPLETO
Presentación: Frascos con 20 cápsulas

CLUTACID

Tabletas de Acido Glutámico Natural

**TRATAMIENTO DE LAS DEFICIENCIAS
Y RETRASOS MENTALES**

Dosis inicial: 8 tabletas diarias
Presentación: Frascos con 100 tabletas.



LABORATORIO ERGOS S. A.

Primera Avenida Las Delicias Nº 7

Sabana Grande - Teléfono 29.468

Caracas - Venezuela



Muestras y Literatura a la orden
de los señores médicos.

N. V. "NUTRICIA"
ZORTERMEER, HOLANDA

EN VENEZUELA
Cristo a Viento, 82 - Teléfono 51.729
Apartado Postal 3328 - CARACAS

Sumelpa

No. 2

Leche íntegra en polvo acidificada bactericamente con adición de Almidón, Dextrinas y Maltosa, Vitaminas A, C y D y Lactato Ferroso

ANÁLISIS

Humedad	2,5 0/0	82,7 0/0	87,1 0/0
Grasa	15,4 0/0	2,75 0/0	2,1 0/0
Proteína (N X 6,4)	18,5 0/0	3,25 0/0	2,45 0/0
Lactosa	20,6 0/0	3,7 0/0	2,7 0/0
Maltosa	14,5 0/0	2,6 0/0	1,9 0/0
Dextrinas	13,5 0/0	2,4 0/0	1,8 0/0
Almidón	8,1 0/0	1,4 0/0	1,05 0/0
Acido láctico	2,9 0/0	0,5 0/0	0,4 0/0
Cenizas	4,0 0/0	0,7 0/0	0,5 0/0
Vitamina A por 100 gr.	530 UI	p 100 cc	74 UI
Vitamina C por 100 gr. min.	25 mgr	p 100 cc min	3,5 mgr
Vitamina D por 100 gr.	630 UI	p 100 cc	88 UI
Hierro Fe por 100 gr.	25 mgr	p 100 cc	0,35 mgr
Calorías por 100 gr.	445	por 100 c.c.	62
Calorías por onza	125	por oz. fl.	19

Imprimió VENEGRAF
Juan Gállego
Edif. París
Sótano
59913

**Tan válido
hoy
como ayer**

*"...la deficiencia de alimentos
asociados pronto manifiesta sus
signos notivos: se interrumpe
el desarrollo del niño; sus
músculos se vuelven flácidos, la
tez pálida; se debilita; declinan
el vigor, la vitalidad y el poder
de resistencia a las enfermeda-
des."*

CHEADLE (1896)

Hoy en día las fórmulas de Olac (alimento completo para lactantes) proveen amplia ingestión de proteína

LAS PALABRAS del Dr. Cheadle citadas arriba revelan un conocimiento acerca de la nutrición muy avanzado para su época. Hoy los médicos reconocen no sólo las funestas consecuencias de la deficiencia de proteína, sino también las muchas ventajas de la óptima nutrición proteica.

Reconocido como el alimento ideal para lactantes, tanto prematuros como nacidos a término, el Olac* preparado a la dilución habitual suministra más proteína que la ración diaria recomendada por el Consejo Nacional de Investigación de los E.U.A.

El Olac es un alimento completo. Su contenido de hidratos de carbono consiste de Dextro Malto* (maltosa y dextrinas) y lactosa. En lugar de grasa láctea contiene aceite vegetal muy refinado, que es mucho mejor absorbido que aquélla.

Las fórmulas de Olac se preparan simplemente añadiendo el agua necesaria.

Disponible en droguerías y farmacias en latas de 454 g. a precio módico.

Muestras, literatura y tablas de fórmulas a solicitud.

*Marca Registrada



OFICINA DE PROPAGANDA EN CARACAS

Corazón de Jesús a Perico
Edif. Bretaña - Apto. 8
Telf. 50.810 - Apdo. 3894

VENEGRAF, Juan Gállego - Tel. 59.913